

(請填寫機構全銜)

_____年_____半年身心障礙員工薪資表

(請加蓋機構關防或公司章)

員工姓名 身分證字號	障別等級	薪資明細								備註
		年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	
加保日期 鑑定日期	後續鑑定期日	元	元	元	元	元	元	元	元	
_____年 月 日	_____障 _____度	職稱：_____ 工作內容：_____								
_____年 月 日		進用性質： <input type="checkbox"/> 全時 <input type="checkbox"/> 部分工時 工作時段：_____ 每月工時_____小時								
_____年 月 日	_____年 月	工作地址：_____								
_____年 月 日		工作地址連絡電話：_____								
_____年 月 日	_____障 _____度	元	元	元	元	元	元	元	元	
_____年 月 日		職稱：_____ 工作內容：_____								
_____年 月 日		進用性質： <input type="checkbox"/> 全時 <input type="checkbox"/> 部分工時 工作時段：_____ 每月工時_____小時								
_____年 月 日	_____年 月	工作地址：_____								
_____年 月 日		工作地址連絡電話：_____								
_____年 月 日	_____障 _____度	元	元	元	元	元	元	元	元	
_____年 月 日		職稱：_____ 工作內容：_____								
_____年 月 日		進用性質： <input type="checkbox"/> 全時 <input type="checkbox"/> 部分工時 工作時段：_____ 每月工時_____小時								
_____年 月 日	_____年 月	工作地址：_____								
_____年 月 日		工作地址連絡電話：_____								
_____年 月 日	_____障 _____度	元	元	元	元	元	元	元	元	
_____年 月 日		職稱：_____ 工作內容：_____								
_____年 月 日		進用性質： <input type="checkbox"/> 全時 <input type="checkbox"/> 部分工時 工作時段：_____ 每月工時_____小時								
_____年 月 日	_____年 月	工作地址：_____								
_____年 月 日		工作地址連絡電話：_____								

說明：工作地址欄填寫原則
 一、工作地點固定者，工作地址欄請填工作地點所在地址
 二、工作地點不固定者，工作地址欄請填其與貴單位之主要聯絡及指揮監督據點所在地址

以上資料如有虛偽不實，願意接受臺北市政府勞工局處分，涉及刑事責任者並移送司法機關偵辦，特此切結。

負責人簽章：_____

填表人簽章：_____

備註：1、本表配合「臺北市超額進用、非義務機構進用身心障礙者獎勵金」申請表使用，不敷填寫時請自行影印。
 2、進用部分工時請填8個月薪資明細(例如申請上半年1、2、3、4、5、6月獎勵金請填11、12、1、2、3、4、5、6月薪資明細，申請下半年7、8、9、10、11、12月獎勵金請填5、6、7、8、9、10、11、12月薪資明細，依此類推)。
 3、本表務請據實填寫，如有虛偽不實，除撤銷原核准之獎勵金並追回全部之獎助款，並停止受理獎助申請1至3年，涉及刑事責任者，移送司法機關偵辦。

臺北市超額進用、非義務機構進用身心障礙者獎勵金申請表

機構代號(第一次申請者免填)				填表日期				年 月 日														
機 構 全 銜				營利事業統一編號																		
負責人姓名				連絡人姓名				行業別														
								電 話														
設立地址		□□□	縣市	鄉鎮市區	路(街)		段	巷	弄	號	樓之	室										
聯絡地址		□□□	縣市	鄉鎮市區	路(街)		段	巷	弄	號	樓之	室										
()年度及月份		()月	()月	()月	()月	()月	()月	()月	()月	()月	()月	()月										
員工(公)勞保總人數			人		人		人		人		人		人									
申報身心障礙者總人數			人		人		人		人		人		人									
全 時			人		人		人		人		人		人									
部分工時			人		人		人		人		人		人									
<h3 style="margin: 0;">切 結 書</h3> <p style="margin: 0;">本公司(機構)申請「臺北市超額進用、非義務機構進用身心障礙者獎勵金」所進用之人員，如有下列情形之一者，則不得申報計入獎勵人數，特此切結。</p> <p style="margin: 0;">一、領有身心障礙手冊或證明之機構負責人、訓練學員。</p> <p style="margin: 0;">二、同一事件已獲得各級政府之獎助者。</p> <p style="margin: 0;">三、進用之身心障礙者同一期間已獲本市創業補助者。</p> <p style="margin: 0;">四、進用之身心障礙者同一期間受僱於他機構，並計入他機構獎勵人數者。</p> <p style="margin: 0;">五、違反法令進用者。</p> <p style="margin: 0; text-align: center;">負責人簽章：</p> <p style="margin: 0; text-align: center;">公司(機構)印信：</p>																						
<p style="margin: 0;">說明：申請單位應於每年一月一日、七月一日起三個月內，檢具下列文件，向勞工局申請前半年獎勵金，逾期申請者，不予受理。(下列(四)、(五)、(八)之文件，第一次申請時已提供者，得免檢具。但有異動時，應檢具異動後之文件。)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> (一)申請表。</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> (六)身心障礙員工薪資清冊影本。</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> (二)身心障礙員工薪資表。</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> (七)身心障礙員工出勤記錄影本。</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> (三)勞工保險局勞工保險費明細表、公保清單(含年資滿三十年者)影本。</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> (八)本市之公司或營利事業統一編號或工廠登記證或經目的事業主管機關核發之證件影本。</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> (四)社政主管機關核發之身心障礙手冊或證明影本。</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> (九)其他經主管機關指定之相關文件。</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> (五)身心障礙員工公保或勞保加保證明影本。</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>													<input type="checkbox"/> (一)申請表。	<input type="checkbox"/> (六)身心障礙員工薪資清冊影本。	<input type="checkbox"/> (二)身心障礙員工薪資表。	<input type="checkbox"/> (七)身心障礙員工出勤記錄影本。	<input type="checkbox"/> (三)勞工保險局勞工保險費明細表、公保清單(含年資滿三十年者)影本。	<input type="checkbox"/> (八)本市之公司或營利事業統一編號或工廠登記證或經目的事業主管機關核發之證件影本。	<input type="checkbox"/> (四)社政主管機關核發之身心障礙手冊或證明影本。	<input type="checkbox"/> (九)其他經主管機關指定之相關文件。	<input type="checkbox"/> (五)身心障礙員工公保或勞保加保證明影本。	
<input type="checkbox"/> (一)申請表。	<input type="checkbox"/> (六)身心障礙員工薪資清冊影本。																					
<input type="checkbox"/> (二)身心障礙員工薪資表。	<input type="checkbox"/> (七)身心障礙員工出勤記錄影本。																					
<input type="checkbox"/> (三)勞工保險局勞工保險費明細表、公保清單(含年資滿三十年者)影本。	<input type="checkbox"/> (八)本市之公司或營利事業統一編號或工廠登記證或經目的事業主管機關核發之證件影本。																					
<input type="checkbox"/> (四)社政主管機關核發之身心障礙手冊或證明影本。	<input type="checkbox"/> (九)其他經主管機關指定之相關文件。																					
<input type="checkbox"/> (五)身心障礙員工公保或勞保加保證明影本。																						
主管機關 審查意見		核定結果(獎勵金額總計)：									元											
		全 時: * (人次) =									元											
		部分工時: * (人次) =									元											

備註：行業別請依據勞工保險局勞工保險費明細表上所載業別填寫

PS：請掛號郵寄至臺北市信義區市府路1號5樓勞工局收
 (通訊寄件日期以郵戳為憑，未以掛號郵寄致遺誤者，自行負責)
 連絡電話：25598518 分機 264、265、266、267