

(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  | 障別等級  | 薪 資 明 細 ( 實 領 薪 資 ) |                                                                        |     |     |     |     |
|-------|-------|---------------------|------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| 身分證字號 |       |                     |                                                                        |     |     |     |     |
| 加保日期  | 後續鑑定期 | 年 月                 | 年 月                                                                    | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 |
| 鑑定期   | 日     |                     |                                                                        |     |     |     |     |
|       | 第__類  | 元                   | 元                                                                      | 元   | 元   | 元   | 元   |
|       | ____度 | 職稱： 工作內容：           |                                                                        |     |     |     |     |
| 年 月 日 | 年 月   | 實際工作地               | 地址： <input type="checkbox"/> 同公司地址 <input type="checkbox"/> 其他：_____   |     |     |     |     |
| 年 月 日 |       |                     | 聯絡電話： <input type="checkbox"/> 同公司電話 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |     |     |     |     |
|       | 第__類  | 元                   | 元                                                                      | 元   | 元   | 元   | 元   |
|       | ____度 | 職稱： 工作內容：           |                                                                        |     |     |     |     |
| 年 月 日 | 年 月   | 實際工作地               | 地址： <input type="checkbox"/> 同公司地址 <input type="checkbox"/> 其他：_____   |     |     |     |     |
| 年 月 日 |       |                     | 聯絡電話： <input type="checkbox"/> 同公司電話 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |     |     |     |     |
|       | 第__類  | 元                   | 元                                                                      | 元   | 元   | 元   | 元   |
|       | ____度 | 職稱： 工作內容：           |                                                                        |     |     |     |     |
| 年 月 日 | 年 月   | 實際工作地               | 地址： <input type="checkbox"/> 同公司地址 <input type="checkbox"/> 其他：_____   |     |     |     |     |
| 年 月 日 |       |                     | 聯絡電話： <input type="checkbox"/> 同公司電話 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |     |     |     |     |
|       | 第__類  | 元                   | 元                                                                      | 元   | 元   | 元   | 元   |
|       | ____度 | 職稱： 工作內容：           |                                                                        |     |     |     |     |
| 年 月 日 | 年 月   | 實際工作地               | 地址： <input type="checkbox"/> 同公司地址 <input type="checkbox"/> 其他：_____   |     |     |     |     |
| 年 月 日 |       |                     | 聯絡電話： <input type="checkbox"/> 同公司電話 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |     |     |     |     |
|       | 第__類  | 元                   | 元                                                                      | 元   | 元   | 元   | 元   |
|       | ____度 | 職稱： 工作內容：           |                                                                        |     |     |     |     |
| 年 月 日 | 年 月   | 實際工作地               | 地址： <input type="checkbox"/> 同公司地址 <input type="checkbox"/> 其他：_____   |     |     |     |     |
| 年 月 日 |       |                     | 聯絡電話： <input type="checkbox"/> 同公司電話 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |     |     |     |     |

以上資料如有虛偽不實，除撤銷原核准之獎勵金並追回全部之獎助款，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「臺中市政府獎勵超額進身心障礙者機構獎勵金申請表」申請表使用，不敷填寫時請自行影印。

2、進身心障礙員工實際工作地點需在臺中市，並在該機構工作達六個月以上，至第七個月起予以獎勵，獎勵期限為一年。