

臺中市政府獎勵超額進用身心障礙者機構獎勵金申請表

公司(機構)勞保證號				填表日期				年 月 日			
機 構 全 銜				營利事業統一編號							
負責人姓名			填表人姓名			電 話					
設 立 地 址	□□□	縣 市	鄉 鎮 市 區	里 村	路(街)	段	巷	弄	號	樓	
聯 絡 地 址	□□□	縣 市	鄉 鎮 市 區	里 村	路(街)	段	巷	弄	號	樓	
申 請 時 程	() 月	() 月	() 月	() 月	() 月	() 月	() 月	() 月	() 月	() 月	
員工(公)勞保總人數		人		人		人		人		人	
進 用 身 心 障 礙 者 總 人 數		人		人		人		人		人	
申 請 獎 勵 金 之 身 心 障 礙 者 人 數		人		人		人		人		人	
負責人簽章： 公司(機構)印信：											

- 說明：
- 一、申請單位應於每年二月及八月第一日起至最後一日內(郵戳為憑)，檢具下列文件，向勞工局申請前半年獎勵金，逾期申請者，視同放棄。
 - 二、申請獎勵金之必備條件：
 - (一)申請表。
 - (二)身心障礙員工之身心障礙證明影本。
 - (三)身心障礙員工薪資表(請依本局格式填報)。
 - (四)身心障礙員工勞保投保資料表影本或公保加保證明影本。
 - (五)身心障礙員工薪資銀行轉帳明細表。
 - (六)上半年或下半年之單位勞工保險局保險費繳款單明細表影本。公教保險部份，應檢附公教人員保險繳納保險費清單影本。
 - (七)上半年或下半年之單位勞工保險身心障礙被保險人政府補助保險費清單影本。
 - (八)其他經本局指定之相關文件。
 - 三、相關影本均需註明與正本相符並加蓋公司印信及負責人章。
 - 四、申請案件均採書面通訊受理，請以掛號郵寄至臺中市西屯區臺灣大道3段99號4樓-臺中市政府勞工局收。

收件日期：中華民國 年 月 日