

高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心
113 年度身心障礙者職業訓練協助服務
成果報告書
視力協助員 手語翻譯員

身心障礙者資料		申請單位資料	
姓名		單位名稱	
障別等級		連絡電話	
一、協助服務補助內容			
服務項目	計算方式	核定補助金額	
視力協助員	課程時數每小時，以基本工資時薪計 183 元/時× ____小時=新台幣 元	元	
手語翻譯員	500 元/時× ____小時=新台幣 元	元	
二、協助內容服務說明：			
(一)障礙情形：			
(二)訓練內容：			
(三)提供服務前之困難：			
三、追蹤與效益			
(一)提供服務後改善情形：			
(二)服務效益：			

申請單位用印

成果附件 1

成果照片(請自行增加欄位)	
說明：	說明：
說明：	說明：
說明：	說明：

高雄市政府勞工博愛職業技能訓練中心
113 年度身心障礙者職業訓練設備補助與協助服務經費核銷表

訓練單位：

項目	名稱	實支金額	本中心 補助金額	訓練單位 自籌金額
合計				

承辦人員：

會計人員：

單位負責人：

高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心
113 年度身心障礙者職業訓練協助服務
簽到退表

手語翻譯服務 視力協助服務

日期	簽到時間	簽退時間	協助內容概述	服務時數 (小時)	簽到	簽退	備註
共計： 小時，每小時單價 元，核銷金額：新台幣 元整							

申請使用者
簽名

申請單位人事或
負責人蓋章

註：本表可自行延申或修正使用

領據

茲領到申請單位全銜113年__月__日(__: __-__: __)提供
「計畫全名+班名」手語翻譯視力協助服務，鐘點費新臺幣
_____元整。

此 致

申請單位全銜

領 款 人：

住址（含鄰里）：

身分證字號：

電 話：

中 華 民 國 年 月 日

領據

領到高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心「113 年度身心
障礙者職業訓練協助服務」鐘點費：新臺幣○○○○○○元整。

此致

高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心

具領單位：

單位統一編號：

地址：

存款銀行（郵局）帳戶戶名：

存款銀行（郵局）帳號：

單位負責人：

會計：

出納：

中華民國 年 月 日