

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 (年月日)	協助內容概述	簽到時間	簽到	簽退時間	簽退	服務 時數
113/07/01	職訓課程…	0800	王曉明	1200	王曉明	4H

共計：            小時，每小時單價            元，核銷金額：新台幣            元整

申請單位承辦人

申請單位主管

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