表 B-1

職能復健津貼申請書及補助收據

申請日期：　　年　　月　　日

申請人姓名		國民身分統一編號 (外籍人士統一證號)		出生日期	民國　　年　　月　　日
投保單位名稱			投保單位統一編號		
通訊地址： 聯絡電話：					
傷病發生日期	年　　月　　日	職能復健服務起訖期間	自　　年　　月　　日　至　　年　　月　　日		
職能復健服務 (可複選)	☐ 1.復工計畫擬訂。 ☐ 2.工作分析。☐ 3.工作模擬評估。☐ 4.功能性能力評估。 ☐ 5.強化訓練評估。 ☐ 6.生理功能強化訓練。 ☐ 7.心理功能強化訓練。				
申請補助日數	合計　　日（上限 180 日）				
申請金額	新臺幣　　元（如申請人無法核算，可不必填寫）				
檢附文件	☐ 1.認可職能復健專業機構開立之職能復健服務完成證明。 ☐ 2.申請人國內金融機構存摺封面影本。 ☐ 3.勞工職業災害保險投保證明。(投保日期需含傷病發生日期) ☐ 4.職業災害勞工身分證明文件。(如:勞動部勞工保險局核定函、職業災害認定文件或其他足資證明職業傷病事實之相關資料)				
匯款帳戶	戶名： 銀行及分行： 帳號：				
以上各欄位均據實填寫，為審核補助需要，同意直轄市及縣市政府可逕向勞工保險局或其他有關機關團體調閱相關資料。 申請人：　　（簽名或蓋章）					

（本欄由受理申請單位填寫）	
審核結果	☐同意補助；核發職能復健津貼＿＿＿＿日，計新臺幣＿＿＿＿＿＿元。 ☐不予補助；原因：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ☐不予受理；原因：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（例如：書件未備齊且屆期未補正）
承辦人員：　　業務主管：　　機關首長：	

※各項欄位請覈實填寫，如有偽造、詐欺等不法行為者，將移送司法機關辦理。

※請向直轄市及縣市政府提出申請，補助金額以受理申請單位核定金額為準。

※傷病發生日期：職業傷害為受傷發生日；職業病為疾病確診日。