**高雄市超額進用身心障礙者獎勵金申請書**

|  |
| --- |
| **一、申請機構基本資料：** |
| 機構全銜 |  | (關防或公司章) |
| 營利事業統一編號 |  |
| 公、勞保投保證號 |  |
| 負責人(法定代理人) |  | (蓋章) |
| 聯絡人 |  | (簽章) | 聯絡電話 |  |
| 地址 |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請獎勵前一年內，是否違反身心障礙者權益保障法及勞動基準法？ | □是 □否 |
| 申請獎勵之身心障礙人員，是否為職業訓練學員及建教合作生？ | □是 □否 |
| **二、獎勵金人數計算** |
| 申請年度月份 |  年 月 |  年 月 |  年 月 | 說明 |
| 員工總人數 |  |  |  | ※員工總人數： 依身心障礙者權益保障法第38條規定之計算方式，以各機關(構)**每月一日**參加勞保&公保人數為基準，填列當月員工總人數。※申請超額進用獎勵人數： 符合獎勵辦法第六條規定者。※同一身心障礙員工獎勵申請以三年為限，不可追朔申請。 |
| 法定應進用身心障礙者人數 |  |  |  |
| 已進用身心障礙者人數 |  |  |  |
| 申請超額獎勵人數 |  |  |  |
| 檢附文件：* 公、勞保費繳款單或繳費證明文件影本。
* 當月公勞保被保險人異動名冊或投保單位被保險人名冊。
* 身心障礙員工之身心障礙證明正、反面影本。
* 身心障礙員工之勞保被保險人投保資料明細或公保加保證明。
* 身心障礙員工之薪資明細清冊。
* 其他經主管機關指定之文件。

※申請書及上述文件請檢附**各一式二份**，另外，每份文件皆需加蓋機構印章及負責人印章。 |

※上述資料請據實填寫，如有虛偽不實，除撤銷原核准之獎勵金並追回已領之獎勵金，且停止受理獎勵金2年，涉及刑事責任者，移送司法機關偵辦。

|  |
| --- |
| **超 額 獎 勵 身 心 障 礙 員 工 名 冊** |
| 姓 名 | 身份證統一編號 | 勞(公)保加保日期 | 同時具有下列身分(無者免勾選) | 月 領 薪 資 （元） | 工作地點(請填寫行政區) | 主管機關審查意見 |
|  月 |  月 |  月 |
|  |  |  | □原住民 □新住民 □中低收入戶 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | □原住民 □新住民 □中低收入戶 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | □原住民 □新住民 □中低收入戶 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | □原住民 □新住民 □中低收入戶 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | □原住民 □新住民 □中低收入戶 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | □原住民 □新住民 □中低收入戶 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | □原住民 □新住民 □中低收入戶 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | □原住民 □新住民 □中低收入戶 |  |  |  |  |  |
| 備註 |  |
| 1. 本名冊請據實填寫，如有虛偽不實，除撤銷原核准之獎勵金並追回已領之獎勵金，且停止受理獎勵金2年，

涉及刑事責任者，移送司法機關偵辦。1. 上述資料填寫完畢，且確認無誤後，請於機關(公司)、負責人、填表人等處蓋章確認，特此為切結。

機關關防或公司印章： 負責人：　 　 　　 蓋章： 填表人： 簽章： |