

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						
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) (關防或公司章)
聯絡人						聯絡電話 (簽章)
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？						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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？						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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，不可追溯申請。
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		
			<input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 中低收入戶					
			<input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 中低收入戶					
			<input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 中低收入戶					
			<input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 中低收入戶					
			<input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 中低收入戶					
			<input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 中低收入戶					
			<input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 中低收入戶					
			<input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 中低收入戶					
			<input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 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。
2. 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：