

高雄市政府辦理身心障礙者創業貸款利息補貼

申請書

附件一

請以正楷填寫各欄位資料

(本表可自行影印，如有連同申請人需加填此表)

一、申請人基本資料										
姓名									三個月內近照	
	(簽章) <input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>									
出生日期	年		月		日					
身分證字號										
身心障礙類別				身心障礙等級				學歷		
聯絡方式	戶籍地址									
	通訊地址									
	電話	住所電話：				E-mail：				
		行動電話：				傳 真：				
工作經歷	服務處所名稱			職 稱		到職日期		離職日期		
職業訓練	職業訓練機構名稱			職訓課程名稱			開訓日期		結訓日期	
技術士證照	類別				等級					

(下接創業內容)

共5頁；第1頁

二、創業內容							
創 辦 事 業 名 稱 (全銜)				統 一 編 號			
創 業 經 營 項 目				相 關 工 作 經 驗	<input type="checkbox"/> 自營，年資 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 受雇，年資		
創 業 地 點	地 址：						
	電 話：			傳 真：			
登 記 日 期	年	月	日	創 業 資 本 總 額			
身 份 別	<input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 合夥人 <input type="checkbox"/> 其它_____						
組 織 型 態	<input type="checkbox"/> 獨資 <input type="checkbox"/> 合夥，合夥總人數：_____，身障合資者人數：_____						
<input type="checkbox"/> 其他 _____ 「加附合夥契約書或公司章程及股東名冊」							
合 夥 者 資 料	姓 名	性 別	出 生 日 期	身 分 證 字 號	障 礙 類 別	障 礙 等 級	電 話
貸 款 主 要 具 體 用 途	項 目		規 格	數 量	單 價	總 價	

(下接創業計畫書)

共5頁；第2頁

三、創業計畫書

(若欄位不夠填寫，請另以 A4 大小紙張附加，並註明標題)

一、創業動機與優勢

二、貸款金額運用狀況

三、經營方式：(含每日經營時間、客戶來源、每月收入支出及可能利潤、行銷計畫與經營特色、員工人數及負責工作內容等)

四、未來經營方向：(簡單規劃未來經營之目標、方向)

(下接證件黏貼欄)

共 5 頁；第 3 頁

四、證件黏貼欄

身分證影本	(正面黏貼處)	(背面黏貼處)
身心障礙證明影本	(正面黏貼處)	(背面黏貼處)

共5頁；第4頁

申請書粗框欄內各項資料皆應填寫完整，如有困難，可洽承辦單位。

地址：(806) 高雄市前鎮區鎮中路6號，洽詢電話：812-4613 轉 547

高雄市政府身心障礙者創業貸款利息補貼 申請應備書件

申請人：_____

資格審查書件	符合情形
1. 申請書	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 最近一個月內全戶戶口謄本影本	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 商業(公司)登記證明或按摩執業許可證影本	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 精神障礙者職業訓練及就業服務醫療諮詢單	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 切結書	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 合夥人申請書(連同申請人共_____人)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 合夥契約書或公司章程及股東名冊	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

利息補貼書件	符合情形
1. 前三個月內向貸款金融機構實際繳交利息之收據正本	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 身心障礙證明正反面影本	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 申請人之金融機構存摺封面影本	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 領據	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

申請人可於提出申請前，以此表核對是否有缺少之書件，以使申請過程能更加順利。

以上申請應備書件若有任何問題，可洽承辦單位。

地址：(806) 高雄市前鎮區鎮中路6號，洽詢電話：812-4613 轉 547

共5頁；第5頁

附件二

行政院勞工委員會勞職特字第0960501006號函發布

精神障礙者職業訓練及就業服務 醫療諮詢單

一. 基本資料 (請就服員/轉介單位或案主本人自行填寫)

姓名：_____ 性別：. 男 . 女

身份証字號：_____ 出生日期：民國____年____月____日

無身心障礙手冊 有身心障礙手冊，障礙類別：_____

等級：輕度 中度 重度 極重度

其他障礙狀況：無 有 聽障 語障 肢障 視障 智障 其他_____

等級：輕度 中度 重度 極重度

轉介單位名稱		轉介日期	年 月 日
轉介單位聯絡人姓名		聯絡電話	公： 手機：
職 稱	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> 職能治療師 <input type="checkbox"/> 心理師 <input type="checkbox"/> 社工師 <input type="checkbox"/> 就服員 <input type="checkbox"/> 其他_____		
受轉介醫療院所		回覆日期	年 月 日
受轉介單位人員姓名		聯絡電話	公： 手機：
職 稱	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> 職能治療師 <input type="checkbox"/> 心理師 <input type="checkbox"/> 社工師 <input type="checkbox"/> 就服員 <input type="checkbox"/> 其他_____		
備註事項			

二. 精神疾病史

首次發病：約_____歲

診斷：精神分裂病 雙極性疾患 (躁鬱症) 憂鬱症

器質性精神病 人格異常 其他 (請說明：_____)

臨床症狀：幻覺 (聽/嗅/觸/視/味幻覺等)

妄想 (被迫害/關係/誇大/宗教性/身體性/其他)

請協助圈選，
並可複選

自言自語 思考困難 (無邏輯感/思考跳躍/迂迴/遲緩/其他)

注意力不集中 僵直 傻笑 其他 ()

暴力行為：無 過去有 目前有 (語言/肢體/破壞行為)

意外問題：自殘 自殺

精神症狀穩定程度：1. 穩定 稍不穩定，但可控制 有些不穩定，需旁人注意

相當不穩定，需密切醫療觀察 無法控制情緒，需立即醫療協助

助

物質濫用：無 過去有 (酒精/藥品_____/其他_____)

目前有 (酒精/煙/藥品_____/其他_____)

不詳

殘餘症狀：_____

其他生理疾病：_____

三. 精神醫療狀況

精神科門診：無 有，_____醫院/診所

規則_____週1次 不規則 其他_____

日間病房：未參加過 曾有參加，共_____月 目前正於日間病房

職能/復健治療：未參加過 曾有參加，共_____月 目前有參加職能/復健治療

是否曾於貴院進行職能評估：否 是，最近一次於____年____月____日進行

近二年之住院次數：未曾住院 住院_____次 (最近一次住院日期： 年 月

日)

對藥物治療態度：可以自己保管藥物，並按時主動服藥 偶而忘記而自己能補服

須提醒幫助服藥 拒絕服藥 會自行調藥/停藥 服藥不

規則 其他_____ (可複選)

目前服用之藥品及劑量：

藥品品項		劑 量		服用次數	
藥品品項		劑 量		服用次數	
藥品品項		劑 量		服用次數	
藥品品項		劑 量		服用次數	

藥品品項		劑量		服用次數	
------	--	----	--	------	--

藥物副作用：無 有，但不影響日常生活 有，且影響日常生活

副作用表現：心血管系統：心跳快速 姿勢性低血壓 其他_____

腸胃道系統：噁心嘔吐 腹瀉 流口水 其他_____

中樞神經系統：疲倦思睡 頭昏頭痛 急性不自主運動及肌肉緊張
異常靜坐困難 類帕金森氏症 遲發性不自主運動

嗜睡注意力不集中 失眠 其他_____

內分泌系統：體重增加 青春痘 乳溢或月經不規則 其他_____

自主神經系統：便秘 口乾 視覺模糊 排尿困難 性功能障礙
其他_____

過敏反應：顆粒性白血球缺乏 感光過敏或皮膚起疹子 皮膚乾癢
黃膽 其他_____

是否須定期檢驗：否

是：血糖 血球 心電圖 其他_____

四. 發病前兆及應變處理方式：_____

五. 建議注意事項：_____

填表人職稱：_____ 姓名：_____ 電話：_____

行動電話：_____ 日期：_____

註：1. 本諮詢單有效期限為三個月。

2. 基本資料請事先由就服員或本人填寫。

切結書

立切結書人_____申請「高雄市政府辦理身心障礙者創業貸

款利息補貼」補助，經詳閱本要點規定，切結完全遵守下列事項：

- 一、本人完全符合本要點第三點實施對象之具備條件，並確實未曾領有政府機關創業性貸款補助或未曾接受身心障礙者自力更生創業補助。
- 二、本人完全明白並願遵守上開條文規定，若有隱瞞不實，願負一切法律責任，絕無異議，特立此切結書為憑。

此致

高雄市政府勞工局

立切結書人：

(簽章)

身分證字號：

戶籍地址：

聯絡電話：



中 華 民 國

年

月

日

金融機構貸款證明書

(限於核准補助者填寫。)

查申貸人_____確實於民國_____年_____月_____日

來行辦理_____貸款

計新臺幣_____佰_____拾_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整

還款起迄日為自民國_____年_____月始至民國_____年_____月止

貸款期數為_____期。

茲因其申請高雄市身心障礙者創業貸款利息補貼之需要，特發給證明。

此致
高雄市政府勞工局

貸款機構全銜：

單位主管核章：

承辦人：

聯絡電話：

請蓋銀行戳記

中華民國_____年_____月_____日

領 據

附件五

茲收到高雄市政府勞工局撥付 年度高雄市
政府辦理身心障礙者創業貸款利息補貼補助費(年 月
至 年 月)補助款 新 臺 幣
萬 仟 佰 拾 元整。

具領人：

(簽章)



身分證字號：

通訊地址： 市 區 里 鄰
路(街) 段 巷
弄 號 樓

營業地址： 市 區 里 鄰
路(街) 段 巷
弄 號 樓

聯絡電話：

中華民國 年 月 日

備註：補助金額請用 零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖、拾 大寫數字填寫

行政契約書

附件六

立契約書人高雄市政府勞工局(以下簡稱甲方)，與申請人_____ (以下簡稱乙方) 依「高雄市政府辦理身心障礙者創業貸款利息補貼作業要點」第十一點、行政程序法第 139 條及第 148 條規定，同意訂立本契約書，其條款如下：

第一條 乙方符合「高雄市政府辦理身心障礙者創業貸款利息補貼作業要點」(簡稱本要點)補助條件，甲方依該要點內容規定核准乙方創業貸款利息補貼。

第二條 乙方已詳閱該要點內容並願遵守下列各款規定：

- 一、 乙方確實未曾領有政府機關創業性貸款補助或未曾接受身心障礙者自力更生創業補助。
- 二、 乙方於申請利息補貼時或補助期間內，不得擔任其他營利事業負責人或有其他受僱情事。
- 三、 乙方同意遵守本要點第十一點規定。

第三條 乙方若未遵守前條規定，甲方得撤銷或廢止創業貸款利息補貼，乙方應主動繳回自事實發生之日起已發給之利息。乙方未繳還，經甲方通知限期繳還，逾期仍未繳還者，乙方同意甲方得以本契約為強制執行之執行名義並自願接受強制執行

第四條 本契約規範不足部分悉依「高雄市政府辦理身心障礙者創業貸款利息補貼作業要點」規定辦理。

第五條 本契約書正本一式二份，甲乙雙方各執一份，自甲乙雙方簽訂日起生效。

甲方：高雄市政府勞工局

法定代理人：

乙方：

身分證字號：

地址：

電話：

中華民國 年 月 日

行政契約書

附件六

立契約書人高雄市政府勞工局(以下簡稱甲方)，與申請人_____ (以下簡稱乙方) 依「高雄市政府辦理身心障礙者創業貸款利息補貼作業要點」第十一點、行政程序法第 139 條及第 148 條規定，同意訂立本契約書，其條款如下：

第六條 乙方符合「高雄市政府辦理身心障礙者創業貸款利息補貼作業要點」(簡稱本要點)補助條件，甲方依該要點內容規定核准乙方創業貸款利息補貼。

第七條 乙方已詳閱該要點內容並願遵守下列各款規定：

- 一、 乙方確實未曾領有政府機關創業性貸款補助或未曾接受身心障礙者自力更生創業補助。
- 二、 乙方於申請利息補貼時或補助期間內，不得擔任其他營利事業負責人或有其他受僱情事。
- 三、 乙方同意遵守本要點第十一點規定。

第八條 乙方若未遵守前條規定，甲方得撤銷或廢止創業貸款利息補貼，乙方應主動繳回自事實發生之日起已發給之利息。乙方未繳還，經甲方通知限期繳還，逾期仍未繳還者，乙方同意甲方得以本契約為強制執行之執行名義並自願接受強制執行

第九條 本契約規範不足部分悉依「高雄市政府辦理身心障礙者創業貸款利息補貼作業要點」規定辦理。

第十條 本契約書正本一式二份，甲乙雙方各執一份，自甲乙雙方簽訂日起生效。

甲方：高雄市政府勞工局

法定代理人：

乙方：

身分證字號：

地址：

電話：

中華民國 年 月 日