

雇主提供職業災害勞工輔助設施補助申請書

及補助收據

1130103 版

申請單位名稱		負責人姓名	
統一編號		保險證號碼	
單位地址		聯絡人姓名	
聯絡電話		電子郵件	
輔助設施項目		申請職業災害	
		勞工人數	
		申請總金額	新臺幣 元
檢附文件	<input type="checkbox"/> 1.職業災害勞工名冊及申請輔助設施內容(含個人資料使用授權同意書) <input type="checkbox"/> 2.僱用職業災害勞工證明(勞工職業災害保險投保資料及勞工職業災害保險傷病給付核定函等) <input type="checkbox"/> 3.勞工職業災害保險及保護法第 66 條認可職能復健專業機構開立之復工計畫或評估報告書 <input type="checkbox"/> 4.輔助設施改善前後照片 <input type="checkbox"/> 5.輔助設施支出之發票或收據(請檢附正本並註明申請單位名稱及統一編號，並提供單位存摺影本以利後續撥款)		
切結簽章	<p>一、同意地方主管機關於審核輔助設施補助申請時，得進行實地訪視；及中央或地方主管機關後續為查核執行情形，辦理追蹤或現場訪視查核。</p> <p>二、申請上述輔助設施未依身心障礙者權益保障法規定領取補助，如有不實，願負法律責任。</p> <p>負責人簽章： _____ (加蓋單位印信或圖記)</p> <p>中華民國 年 月 日</p>		

審查欄位 (申請人請勿填)	<input type="checkbox"/> 同意	<input type="checkbox"/> 召開審查會議審議，日期:
	<input type="checkbox"/> 補	<input type="checkbox"/> 安排實地訪視，日期:

寫)	助		
	<input type="checkbox"/> 不予補助，原因：		
	核定補助金額，新臺幣 元		
	承辦人員：	業務主管：	機關首長：
	中華民國 年 月 日		

表 B-1

職能復健津貼申請書及補助收據

填表日期： 年 月 日

申請人姓名		國民身分證 統一編號 (外籍人士)		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)	<input type="checkbox"/> 1.復工計畫擬訂。 <input type="checkbox"/> 2.工作分析。 <input type="checkbox"/> 3.工作模擬評估。 <input type="checkbox"/> 4.功能性能力評估。 <input type="checkbox"/> 5.強化訓練評估。 <input type="checkbox"/> 6.生理功能強化訓練。 <input type="checkbox"/> 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 (如無法核算，可不必填寫)				
應備具書件	<input type="checkbox"/> 1.參加職能復健服務完成證明。 (自勞動部職業安全衛生署建置職業災害勞工服務資訊整合管理系統列印並經醫事人員核章之職能復健服務完成證明)。 <input type="checkbox"/> 2.申請人國內金融機構存摺封面影本。 <input type="checkbox"/> 3.勞工職業災害保險投保證明。 <input type="checkbox"/> 4.勞工職業災害保險傷病給付核定函。 (無，原因： <input type="checkbox"/> 不能工作期間未達傷病給付請領要件， <input type="checkbox"/> 其他，) <input type="checkbox"/> 5.其他經受理申請單位指定之文件。				

匯款帳戶	戶名： 銀行及分行： 帳號： ※發給金額以受理申請單位核定金額為準。
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)	
審核結果	(由受理申請補助單位填寫) <input type="checkbox"/> 核定；核發職能復健津貼 _____ 日，計新臺幣 _____ 元。 <input type="checkbox"/> 不予核定；原因： _____
承辦人員： _____ 單位主管： _____ 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。

※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。

事業單位恢復職業災害勞工原工作、調整職務 或安置適當工作報告

表 C-2

造冊單位名稱： _____ (請加蓋單位印信或圖記)

負責人： _____ (請加蓋負責人印章)

造冊日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

一、依直轄市及縣市政府辦理協助職業災害勞工重返職場補助辦法第 13 條提供之協助措施：

(一)執行情形(如填寫欄位不足，請依下列格式自行造冊)：

職業災害 勞工姓名	工作內容	措施說明

	1.職業災害前： 2.職業災害後：	
	1.職業災害前： 2.職業災害後：	

註：措施說明欄請詳述提供職業災害勞工工作必要之輔助設施、工作條件之改善及調整工作方法等作為。

(二)佐證照片（如填寫欄位不足，請依下列格式自行造冊）：

黏貼照片	黏貼照片
照片說明：（應備註職業災害勞工姓名）	照片說明：（應備註職業災害勞工姓名）

黏貼照片	黏貼照片
照片說明：(應備註職業災害勞工姓名)	照片說明：(應備註職業災害勞工姓名)

二、肇災檢討(如填寫欄位不足，請依下列格式自行造冊)：

職業災害 勞工姓名	職業災害日期	職業災害原因	勞資會議紀錄或其他協議紀錄

註：勞資會議紀錄或其他協議紀錄應摘述針對該職業災害事故之檢討作為，並檢附相關會議資料以資證明。