

身心障礙者加權人數進用增加比較表

投保單位名稱	投保證號	基期月份(11203)					比較月份(11212)			
		員工總 人數(A)	法定 人數 (B)	進用 加權人 數(C)	人數差 (D)= C-B	進用 比率(%) (E)=C/A	員工總 人數(a)	法定 人數 (b)	進用 加權人 數(c)	人數差 (d)= c-b
					0	#DIV/0!				0
備註：										
審查結果： (地方政府填報)	<p> 是否符合頒獎資格： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，原因： </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 公、勞保投保地址未設於高雄市 <input type="checkbox"/> 進用身心障礙者人數增加異動未滿3人以上 </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 違法就服法/身權法/相關勞動法規 <input type="checkbox"/> 其他： </div> </div> <hr/> <p> 承辦人(核章)： _____ 股長(核章)： _____ 專員(核章)： _____ 單位： _____ </p> <hr/> <p>備註：</p>									

報名單位填表說明：

1. 此表依身心障礙者權益保障法第38條規定以每月1日為基準。
2. 員工總人數及進用身心障礙者人數計算方式，依身權法第38條及身權法施行細則第13-15條規定辦理。
3. 身心障礙員工進用加權人數計算，依身心障礙者權益保障法第38條第4項及第6項規定，重度全時1人(1)及中度全時1人(1*1)、輕度及中度部分工時1人(1*0.5)，合計後小數無條件捨去取整數。
4. 僅需填報白底空白處，並須傳送電子檔予本局承辦人陳小姐E-mail: yrchenic@gmail.com。
5. 若有相關問題歡迎來電洽詢(07)812-4613*558陳小姐。

進用 比率(%) (e)=c/a	增加 人數 (F)=c-C	增加 比率(%) (G)=e-E
#DIV/0!	0	#DIV/0!

立主管（核章）：

*2)、重度部分工時1人(2*0.5)、輕度