新竹縣政府輔導設置視覺功能障礙者示範按摩據點補助申請表

附件一

編號：

基本資料						☐自然人☐法人或團體
單位名稱	（個人申請免填）	立案日期	（個人申請免填）年　月　日			
統一編號	（個人申請免填）	電話		傳真機號碼		
單位地址		身分證字號		出生年月日		
負責人或代表人		手機電話		電子信箱		

視覺功能障礙者示範按摩據點基本資料							
據點名稱				設立日期	年　月　日		
營業地址				統一編號		勞保證號	
負責人		身分證字號		聯絡電話		傳真機號碼	
出生年月日		手機電話		緊急聯絡人		手機電話	
人力配置	同時排班視障按摩師人數：_____人 視障按摩師總排班人數：_____人			補助之行政人員	___人，薪資：_____元(月薪:時薪)， 工作內容：		
場所型態	☐單純店面　☐駐點(開放式空間) ☐醫療院所　☐公有風景區			坪數		空間	☐平面☐大樓 ☐透天☐公寓
租金	☐日租金☐月租金			營業時間			
營業項目及收費	☐全身按摩_____元_____分鐘 ☐半身按摩_____元_____分鐘 ☐腳底按摩_____元_____分鐘 ☐其他____，_____元_____分鐘						
設施設備	☐按摩室___間，☐半身按摩椅_張， ☐按摩床___組，☐腳底按摩椅_組， ☐其他設備：估價單及列表清冊附後						
薪資/抽成方式	☐依比例抽成，_____（視障按摩師）：_____（單位） ☐視障按摩師固定金額，請說明： ☐其他，請說明：						
營業分析（預估營運5年內之欲達到之績效）	年度/項目						
	預期營業額						
	營業成本						
	盈餘						

附件一

設置視覺功能障礙者示範按摩據點申請表檢附資料

□社團法人應附人民團體立案證書、法人登記證書、組織章程(個人申請免附)

□視覺功能障礙者示範按摩據點負責人身分證正反面影本

□營業登記文件

□租賃契約文件

□親等關聯資料

□繳納房屋稅憑證（租屋持有人）

□申請人指定金融帳戶存摺封面影本

□補助申請切結書

□視障按摩師個人資料使用同意書

□聘僱視障按摩師名冊

□聘僱視障按摩師技術士證

□據點排班表

□補助行政人員基本資料

□補助行政人員加保證明

視覺功能障礙者示範按摩據點大章

視覺功能障礙者示範按摩據點名稱：

負責人：　　簽章

填表人：　　簽章

填表日期：　　年　　月　　日

附件一

視覺功能障礙者示範按摩據點補助申請切結書

（申請單位或者申請人）申請新竹縣政府辦理　　年度視覺功能障礙者示範按摩據點補助，具此切結所設置之（據點全稱）（負責人:簽章)確實於新竹縣轄區內經營視覺功能障礙者示範按摩據點，實際為負責人並同時執業，目前無同一地點申請中央或新竹縣政府相關同質性補助計畫，及未擔任申請案以外之營利事業負責人，如有不一致之情事，同意繳還本補助經費。

一、申請租金補助之場地不作非從事按摩業之它用途。

二、申請本補助之設施設備應妥善管理使用，不得私自變賣、贈與或移為自宅及私人使用，如經查證以上事實，將追回本項補助款，且 10 年內不得再次申請「視覺功能障礙者示範按摩據點設施設備補助計畫」相關補助。

此致

新竹縣政府

按摩據點名稱：

按摩據點統一編號：

按摩據點負責人姓名:　　（簽章）

按摩據點負責人身分證字號：

聯絡電話：

聯絡地址：

中 華 民 國　　年　　月　　日

附件一

行政人員基本資料表

填寫日期：　年　月　日

一、基本資料				
姓名				
出生日期	民國　年　月　日	性別	□男　□女	
身分證字號				
聯絡電話		聯絡手機		
聯絡 E-mail				
戶籍地址				
居住地址				
服務相關身心障礙者年資			最高學歷	□博士□碩士□學士□專科□其他
學校名稱	□ 畢業 □肄業		**科系名稱**	
服務單位名稱	（兼職者請填）		服務單位職稱	（兼職者請填）
二、專長領域				

服務身心障礙者領域：
三、重要經歷(請詳述，含單位、職務、年資)
曾任：