

# 新竹縣政府辦理僱用身心障礙者獎勵金實施計畫申請書

填表日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

統一編號		序 號	(由縣政府填寫)		
申請單位 名 稱			地 址		
負 責 人 姓 名	承 辦 人 姓 名		電 話	傳 真	
檢附文件	<input type="checkbox"/> 1、身心障礙者證明正反面影本。 <input type="checkbox"/> 2、每月工資印領清冊。 <input type="checkbox"/> 3、勞工保險加保資料。 <input type="checkbox"/> 4、本府所設身心障礙者就業服務員工作媒合證明。 <input type="checkbox"/> 5、營利事業登記證影本、公司執照影本或合法證書影本。 <input type="checkbox"/> 6、領據。				
申請獎助 期 間	身心障礙者姓名：_____ 勞保加保日期： 年 月 日 本次申請期間：自 年 月 日至 年 月 日 第 次申請，已申請 個月，合計申請 個月。				
申請金額	新台幣 _____ 元整				
切結簽章	如有不實申請或違反執行要點情形，除願歸還已領取之款項外，並願負一切法律責任，特此切結為憑。 <div style="text-align: right;">負責人簽章：_____</div>				
審 核 結 果	審核意見： <input type="checkbox"/> 符合申請條件。 <input type="checkbox"/> 不符合申請條件，原因：_____				
	核定金額：_____ 元正				

	承辦人員	科長	副處長	處長
	中	華	民	國
			年	月
				日

## 領 據

茲收到 新竹縣政府補助 \_\_\_\_\_ (公司名稱) 辦理僱用身心障礙者獎

勵金實施計畫 年 月到 年 月獎勵費用之經費，

合計新台幣 \_\_\_\_\_ 元整。

此 致

新 竹 縣 政 府

具領單位：  
(請加蓋單位印信或圖記)

單位地址：  
單位電話：  
統一編號：  
會計人員簽章：  
出納人員簽章：  
負責人簽章：

中 華 民 國 年 月 日

新竹縣政府辦理僱用身心障礙者獎勵金實施計畫每月工資印領清冊

姓名	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	合計
<b>獎勵金</b>							

說明：每月工資為實際工資，係依據勞動基準法、勞動基準法施行細則相關條文，以勞工因工作而獲得之報酬，包括工資、薪金及按計時、計日、計月、計件以現金或實物等方式給付之獎金、津貼及其他任何名義之經常性給與均屬之。

單位名稱：

承辦人簽章：

會計人員簽章：

出納人員簽章：

### 切 結 簽 章

如有不實申請或違反執行要點情形，除願歸還已領取之款項外，並願負一切法律責任，特此切結為憑。

負責人簽章：

## 新竹縣政府辦理僱用身心障礙者獎勵金實施計畫 工作媒合證明

茲證明\_\_\_\_\_君，身分證字號\_\_\_\_\_  
，於 年 月 日轉介至\_\_\_\_\_

工作。

特 此 證 明

身心障礙者就業服務員簽章：

中 華 民 國 年 月 日