

新北市政府勞工局辦理進用身心障礙者獎勵金申請書

公保證號						填表日期				115年4月16日				
勞保證號						0	1	2	3	5	6	7	8	9
單位全銜						XXX有限公司								
通訊地址						112345新北市○○區○○路○號○樓								
業務聯絡人						王大同			聯絡電話			(02)1234-5678 分機 9		
申請月份		員 工 總 人 數			身心障礙員工人數		核定補助人數 <small>(本欄由審核人員填寫)</small>							
		公保人數	勞保人數	合 計	已進用人數	超用人數								
115 年	1月		30	30	1	1								
	2月		30	30	1	1								
	3月		30	30	1	1								
申請補助金額：						元整								
填表說明： (一)每年一月、四月、七月及十月之十六日至月底前以郵寄方式向本局申請前季獎勵金， <u>逾期不受理</u> 。 (二)民營單位請蓋單位印信（須與「單位全銜」相符）及負責人印章。 (三)請檢附身心障礙員工之身心障礙證明正反面影本（非設籍本市者）。 (四)請檢附身心障礙員工薪資證明文件。 (五)請檢附申請單位受款帳戶存摺封面影本。 (六)本申請書、身心障礙員工薪資表及領據請以A4格式印製。						單位印信： <div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 40px; font-weight: bold;">章</div>								
獎勵金額計算方式： 月領薪資達基本工資者，每人每月以新臺幣七千元計算，薪資低於基本工資者，不予獎勵。						負責人簽章： <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">章</div> 或 <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">簽 名</div> </div>								
※本表務請 <u>確實填寫</u> ，不符規定者以 <u>退件</u> 認定。														
審核機關	承辦人					業務主管					文號標籤			

申請案編碼：110601，公告期限：18 天