

# 身心障礙員工薪資表

公保證號 (5 碼):

勞保證號 (9 碼): **012356789**

單位全銜: **XXX 有限公司**

填表日期 **115** 年 **4** 月 **16** 日

編號	姓名	身心障礙類別等級				加保日期	退保日期	( 115 )年薪資明細			請領僱用獎助津貼		職稱	工作地點 <small>(請確實填寫行政區, 例如: 板橋區、五股區、淡水區...)</small>			
		類別	等級					1月	2月	3月	是	否					
			輕	中	重										極重		
1	王小明	7		v		113.12.01		29500	29500	29500		V	行政人員	五股區			
2																	
3		確認自加保日開始, 是否已逾 3 年、新員工要確認加保日是否為本季請月份且須為當月 1 日加保									僱用獎助津貼是指就服處的補助, 與本獎勵金只能擇一申請(補助期間不重疊), 故須於請申請人打勾						
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
申請期限前一年內違反勞工法令受本府罰鍰處分: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無。											請申請單位打勾						
核定補助金額合計:																	

單位印信: 章      負責人簽章: 章      填表人簽章: 章      或

或 簽 名      簽 名

- 備註:
- (一) 本表務請據實填寫, 如發現虛偽、隱匿等不實情事, 除追回獎勵金外, 一年內不受理申請, 另涉及刑事責任者, 將移送司法機關偵辦。
  - (二) 申請本獎勵金之身心障礙者工作地點須在**新北市**。
  - (三) 已獲得各級政府同性質之補助款者, 不得申請本獎勵金。
  - (四) 本表按季填寫所有身心障礙者員工月領薪資資料。
  - (五) 本表請以 A4 格式自行影印使用。