

附表一

基隆市進用身心障礙者獎勵金申請表

申請日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |      |      |      |      |     |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|-----|
| 一、申請機構基本資料：                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                             |      |      |      |      |     |
| 機構全銜                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                             |      |      |      |      |     |
| 統一編號                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                             | 勞保證號 |      |      |      |     |
| 負責人                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                             | 聯絡電話 |      |      |      |     |
| 聯絡人                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                             |      |      |      |      |     |
| 機構類別                                                         | <input type="checkbox"/> 義務機構（進用逾1%） <input type="checkbox"/> 非義務機構（員工5人以上）                                                                                                                                                                                 |      |      |      |      |     |
| 二、獎勵金人數計算(以每月1日參加公保及勞保人數為準)                                  |                                                                                                                                                                                                                                                             |      |      |      |      |     |
| 申請月份                                                         | __月                                                                                                                                                                                                                                                         | __月  | __月  | __月  | __月  | __月 |
| A. 員工(公)勞保總人數                                                |                                                                                                                                                                                                                                                             |      |      |      |      |     |
| B. 法定應進用人數                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                             |      |      |      |      |     |
| C. 實際進用身心障礙員工人數                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |      |      |      |      |     |
| D. 申請獎勵金人數                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                             |      |      |      |      |     |
| 三、申請超額獎勵身心障礙者名冊 <span style="float: right;">欄位不夠請自行增列</span> |                                                                                                                                                                                                                                                             |      |      |      |      |     |
| 姓名                                                           | 身分證字號                                                                                                                                                                                                                                                       | 加保日期 | 退保日期 | 月領薪資 | 工作地點 |     |
|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |      |      |      |      |     |
|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |      |      |      |      |     |
|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |      |      |      |      |     |
|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |      |      |      |      |     |
| 申請金額                                                         | 新臺幣 _____ 元                                                                                                                                                                                                                                                 |      |      |      |      |     |
| 切結簽章                                                         | <p>本機構前一年度無違反勞動基準法、最低工資法、職業安全衛生法、身心障礙者權益保障法、性別平等工作法、就業服務法及其他勞動相關法令受刑事處罰或行政處罰之情事。如有以詐欺、脅迫、賄賂、隱瞞、提供不實資料或其他不正方法申請獎勵金，願負一切法律責任，同意本府撤銷或廢止原核定獎勵處分之全部或一部，並返還已受領之獎勵金，且同意本府於1至3年內不再受理本機構之申請。特此切結為憑。</p> <p>負責人簽章：</p> <p style="text-align: right;">（請加蓋單位印信或圖記）</p> |      |      |      |      |     |

檢附文件

- ☐ 1、申請表    ☐ 2、身心障礙員工薪資表    ☐ 3、身心障礙員工薪資明細表  
☐ 4、身心障礙證明正反面影本    ☐ 5、身心障礙員工勞保或公保加保證明影本  
☐ 6、公司、商業或工廠登記證或經目的事業主管機關核發之登記之證件影本  
☐ 7、勞保或公保保費繳款單或繳費證明文件影本  
☐ 8、申請人受款帳戶存摺封面影本    ☐ 9、其他經本府指定之相關文件

審核欄：(以下欄位由審核單位填寫)

|            |      |                                                                                                       |      |      |
|------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| 機關審核       | 審核意見 | <input type="checkbox"/> 符合 基隆市進用身心障礙者獎勵實施要點相關規定<br><input type="checkbox"/> 不符合 基隆市進用身心障礙者獎勵實施要點相關規定 |      |      |
|            | 審查結果 | 應進用 人次                                                                                                |      |      |
|            |      | 實際進用 人次                                                                                               |      |      |
|            |      | 符合獎勵進用 人次                                                                                             |      |      |
|            |      | 核定獎勵金 人次* 元計新臺幣 元                                                                                     |      |      |
|            | 承辦人： |                                                                                                       | 單位主管 | 機關首長 |
| 中華民國 年 月 日 |      |                                                                                                       |      |      |

填表說明

- 申請期限：**請於每年一月一日及七月一日起二個月內 提出申請。逾期、文件不齊且未於限期內補正者，本府不予受理且不予補發。以郵寄方式提出申請者，以郵戳所示日為申請日；以其他方式提出申請者，以送達本府之日為申請日。獎勵金依 收件順序 審核發給；如當年度預算額度用罄，本府得移至下年度辦理或不再受理申請。
- 核發起算：**獎勵對象以115年2月6日要點實施後「新進用」者為限，且須首次於機構投保。須連續進用滿3個月，自第4個月起始得申請獎勵（若非當月1日到職，自次月1日起算）。每名身障員工獎勵期間累計最長以36個月為限。**重度計算：**重度以上身心障礙者，每進用一人獎勵以一人計算（不適用身權法加倍計算規定）。
- 資格：**身障員工月薪資須達最低工資法所定標準，且實際工作地點須在本市。
- 不計入項目：**1. 庇護性就業人員。2. 機構負責人、訓練學員、留職停薪人員（含育嬰、職災、傷病）。3. 同一期間已受僱於他機構並計入獎勵人數者。4. 已獲得政府同性質獎助者（不得重複領取）。
- 訪查義務：**受獎勵機構應配合本府實地訪查，無正當理由規避、妨礙或拒絕者，本府得駁回申請或追回已領取之款項。