

附表一

身心障礙者職務再設計補助申請書

案件編號：

身心障礙員工資料										申請單位資料			
姓名										單位名稱			
出生日期	年	月	日							*統一編號			
身分證 統一編號										申請日期	年	月	日
障別等級										連絡人			
聯絡電話										聯絡電話			
e-mail										e-mail			
*在職年資										傳真電話			
致障原因										*員工總人數	人	*僱用身障人數	人
教育程度	☐ 國小 ☐ 國中 ☐ 高中職 ☐ 大學(專) ☐ 研究所									本單位因僱用、訓練或服務身心障礙者，擬申請職務再設計改善。 申請單位負責人簽章：			
*擔任職務													
月薪													
工作/訓練地點													
個人特質及工作/訓練 內容													
遭遇問題或期待改善 事項	申請人簽章：												
應檢附之證明文件													
一、公、民營事業機構： ☐法人登記、商業登記或工廠登記等證明文件 ☐身心障礙手冊或證明 ☐身障者勞工保險證明，公保者請附職員證件影本 ☐身障者最近一個月薪資所得證明 二、政府機關、學校或公立就業服務機構： ☐身心障礙手冊或證明 ☐身障者投保證明，公保者請附職員證件影本 ☐身障者最近一個月薪資所得證明 三、法人團體： ☐立案證書或法人登記證書影本 ☐捐助章程或組織章程 ☐身心障礙手冊或證明 ☐身障者勞工保險證明文件 ☐身障者最近一個月薪資所得證明 四、身心障礙自營作業者（依行業別檢附下列證明文件）： ☐身心障礙手冊或證明 ☐所從事自營作業職業工會勞工保險投保證明 ☐營業登記證明文件 ☐營業小客車駕駛人執業登記證明文件 ☐按摩執業許可證明文件 ☐地政士開業執照證明文件 ☐公益彩券傳統型及立即型彩券經銷證明文件 ☐其他業別之合法執業登記、營業登記、許可、執照、立案、核定、備查等證明文件 五、公、私立職業訓練機構或政府委託辦理身心障礙者職業訓練之單位： ☐身心障礙手冊或證明 ☐身障者勞工保險證明，公保者請附職員證件影本 ☐課程表 ☐主管機關核准辦理之公文書影本 六、政府委託辦理身心障礙者居家就業服務之單位： ☐身心障礙手冊或證明 ☐居家就業服計畫書 ☐主管機關核准辦理之公文書影本													

備註：

- 一、申請單位如為公立職業訓練機構，免填加註*號之項目。
- 二、倘申請單位有僱用意願，但尚未正式僱用，得先受理申請，惟應於僱用後補齊資料再予核撥經費。
- 三、如本案向二個以上機關提出申請補助，應列明全部經費內容，及向各機關申請補助之項目及金額。

書面審查結果：

☐ 符合職務再設計申請資格，另行安排輔導委員或專案單位前往訪視。

☐ 不符合申請資格，原因：_____

審核人員簽章：

業務主管簽章：

日期：