

# 婦女再就業獎勵實施要點

## 職場支持輔導獎勵申請書-雇主

申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

案

件編號：

申請單位 名稱				負責人姓名	
公司或商號之 統一編號		保險證號碼		承辦人姓名	
地址					
連絡電話		傳真		電子郵件	
員工總人數	人	法定比例 進用情形 (不含申請職 場支持輔導獎 勵勞工)	提出申請 時僱用身 心障礙者	人	<input type="checkbox"/> 已足額僱用 (不含申請僱用獎助勞工) <input type="checkbox"/> 未足額僱用 <input type="checkbox"/> 已依法足額繳交差額補助費 <input type="checkbox"/> 其他
			提出申請 時僱用原 住民	人	<input type="checkbox"/> 已足額僱用 (不含申請僱用獎助勞工) <input type="checkbox"/> 未足額僱用 <input type="checkbox"/> 已依法足額繳交代金 <input type="checkbox"/> 其他
轉帳帳戶	銀行 分行		代號	帳號	
	郵局 支局		局號		
檢附文件	<input type="checkbox"/> 1. 僱用名冊及薪資請領清冊 <input type="checkbox"/> 2. 出勤紀錄 <input type="checkbox"/> 3. 受僱勞工之身分證文件影本或有效期間居留證明文件影本 <input type="checkbox"/> 4. 請領職場支持輔導獎勵之勞工保險、就業保險及職業災害保險投保資料表或其他足資證明投保之文件 <input type="checkbox"/> 5. 公司登記、商業登記或工廠登記等資料 <input type="checkbox"/> 6. 雇主國內金融機構存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 7. 雇主領據 <input type="checkbox"/> 8. 提供職場支持輔導措施之佐證資料 <input type="checkbox"/> 9. 已足額僱用身心障礙者及原住民之佐證文件				
申請獎勵期間	_____年__月__日至_____年__月__日 (提供職場支持措施滿30日以上)				
申請補助人數	_____人				
職場支持輔導 措施	規劃提供受僱勞工12個月之職場支持輔導措施： 一、工時調整 人；部分工時 人 二、其他職場支持輔導措施： <input type="checkbox"/> 1. 推動職涯發展。 <input type="checkbox"/> 2. 家庭照顧協助措施或補助。 <input type="checkbox"/> 3. 員工支持方案。 <input type="checkbox"/> 4. 在職教育訓練。 <input type="checkbox"/> 5. 專屬教育訓練教材。 <input type="checkbox"/> 6. 心理諮詢或關懷措施。 <input type="checkbox"/> 7. 其他(請詳述)：				

申請金額	新臺幣_____元整
切結簽章	<p>1.本公司僱用本計畫之勞工，以按月計酬全時工作僱用，每月薪資不低於勞動部公告之每月最低工資；非以按月計酬之工作僱用，每小時薪資不低於勞動部公告之每小時最低工資；每月領取工資合計應達勞動部公告之每月最低工資二分之一以上。</p> <p>2.本次申請職場支持輔導獎勵之受益勞工，均非為雇主(含事業單位負責人)之配偶、直系血親或三親等內之旁系血親。</p> <p>3.本公司瞭解並願意遵守本計畫相關規定，茲證明所提供資料均為屬實，如有不實或違反本計畫相關規定溢領補助或津貼，除願歸還已領取之款項外，並願負法律責任。特此切結為憑。</p> <p>負責人簽章：_____ (並請加蓋單位印信或圖記)</p>

<b>審核</b> <b>【審核欄位】</b> <b>申請人</b> <b>請勿填寫</b>	審核意見	<input type="checkbox"/> 符合申請條件____個 <input type="checkbox"/> 不符合申請條件____個，原因：_____	
	經審核合格核發職場支持輔導獎勵，共計新臺幣_____元		
	備註		
	承辦人員		單位主管
中 華 民 國      年      月      日			