**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文件  □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  □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  □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： | | | | | | | | | | | | | | | |

**附表一之一**

**身心障礙者職務再設計補助非自營作業者之個人申請書**

案件編號：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身心障礙員工資料 | | | | | | | | | | | 服務單位資料 | | | |
| 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 | | | | | | | | | | \*申請項目經受理單位評估涉需雇主同意者，應由申請人任職單位主管於本欄簽章。  **單位主管簽章：** | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| □身心障礙手冊或證明  □身心障礙者勞工保險證明文件  □身心障礙者最近一個月薪資所得證明 | | | | | | | | | | | | | | |
| 備註：倘申請人尚未正式受僱，得先受理申請，惟應於受僱用後補齊資料再予核撥經費。 | | | | | | | | | | | | | | |
| **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： | | | | | | | | | | | | | | |

**附表一之二**

**身心障礙者職務再設計補助收支清單**

年 月 日

案件編號： 受補助事業單位(個人)名稱：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **全案收入明細** | | | | | | | | | |
| 各分攤機關名稱（含自籌款） | | 預算金額 | | | 實際收入金額 | | | | 備註 |
|  | |  | | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | | | |  |
| 合計 | |  | | |  | | | |  |
| **全案支出明細** | | | | | | | | | |
| 憑證  編號 | 支出項目 | | 核定補助金額 | 實際支出情形 | | 補助經費分攤情形 | | | 備註 |
| 本機關補助金額 | ○○機關補助金額 | 事業單位(個人)自付金額 |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 合計 | | |  |  | |  |  |  |  |

填表說明：

* 1. 本清單請接受補助事業單位(個人)依原編列預算項目填列全案實際收入及支出，非僅填列本機關補助項目，如接受2個以上政府機關補助者，應列明各機關補助項目及金額。
  2. 受補助之單位(個人)申請支付款項時，應本誠信原則對所提出支出憑證之支付事實及真實性負責，如有不實，應負相關責任。
  3. 請依原始憑證編號順序填列。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受補助事業單位** | | |
| 經辦人員簽章 | 會計單位簽章 | 負責人簽章 |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **受補助個人簽章** |
|  |

**附表二**

**僱用單位優先運用調整工作方法、改善工作條件之補助審查表**

案件編號：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請單位 |  | 身心障礙員工  姓名 |  |

一、職務再設計前（請詳述身心障礙員工之特色及所遭遇之就業問題）

|  |
| --- |
|  |

二、改善說明（請詳述工作方法調整或工作條件改善之流程及方式）

|  |
| --- |
|  |

三、職務再設計成效說明

|  |
| --- |
| （一）改善後之實用性（請詳述工作內容調整及工作條件改善是否切合個案需求、實用程度） |
| （二）改善後之效益性（指改善後所產生之有形或無形效益，且可量化評估之程度） |

以上說明由申請單位填寫

四、審核結果

|  |
| --- |
| □同意補助，補助金額：  □不予補助，原因： |

承辦人：　　　　　　　　　　　　　　　　業務主管：