**附表二**

# 身心障礙員工薪資表

公保證號（5碼）：

勞保證號（9碼）：

單位全銜：　　填表日期：　　年　　月　　日

| 編號 | 姓名 | 身心障礙類別等級 | | | | | 加保日期 | 退保日期 | （　　）年薪資明細 | | | 請領僱用獎助津貼 | | 職稱 | **工作地點**（請確實填寫**行政區**，例如：板橋區、五股區淡水區...） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 類別 | 等級 | | | | | | | | | | | | |
| | | | 輕 | 中 | 重 | 極重 | | | 月 | 月 | 月 | 是 | 否 | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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：□有　□無。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 核　定　補　助　金　額　合　計： | | | | | | | | | | | | | | | |

單位印信：　　負責人簽章：　　填表人簽章：

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。