

**受嚴重特殊傳染性肺炎影響
「自營作業或無一定雇主之勞工生活補貼」申請書**

勞工保險局	申請日期 109 年 月 日	受理 編號
--------------	----------------------	----------

申請 人	姓名		出生 日期	民國 年 月 日	身分證 統一編號							
---------	----	--	----------	-------------------	-------------	--	--	--	--	--	--	--

資 料 填 寫 欄	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址者免填下列地址 郵遞區號： <input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>							聯 絡 方 式	行動電話： 電話：()			
		縣	鄉鎮 市區	村 里	路 街	巷 弄	號	樓					

本人係自營作業或無一定雇主之勞工，且符合下列各項條件：

1. 具中華民國國籍。
2. 109年3月31日已於職業工會參加勞工保險，且申請補貼時仍於職業工會在保中。
3. 109年3月之月投保薪資為新臺幣2萬4千元(含)以下。
4. 107年度個人綜合所得總額未達綜合所得稅課稅標準(新臺幣40萬8千元)
5. 不符合交通部、文化部等其他機關所定性質相同之補助、補貼或津貼。

以上所述事實均為屬實，如有不實，願負相關法律責任，並返還補貼。

申請人簽名或蓋章：

撥款 方式 (請 勾 選 一 項)	…… 請將申請人之存簿封面影本浮貼於此處 ……																
	<p>※金融機構(不含郵局)及分支機構名稱請完整填寫，存簿之總代號及帳號，請分別由左至右填寫完整，位數不足者，不須補零。</p> <p>※郵政存簿儲金局號及帳號(均含檢號)不足七位者，請在左邊補零。</p> <p>※所檢附金融機構或郵局之存簿封面影本應可清晰辨識，帳戶姓名須與勞保局加保資料相符，以免無法入帳。</p> <p><input type="checkbox"/>匯入申請人在金融機構之存簿帳戶 金融機構名稱：_____銀行_____分行</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">總行代號</td> <td style="width: 10%;">帳號</td> <td style="width: 70%;">金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/></td> <td><input style="width: 70px; border: 1px dashed black;" type="text"/></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/>匯入申請人在郵局之存簿帳戶 局號：<input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>-<input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/> 帳號：<input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>-<input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/></p>												總行代號	帳號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)	<input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>
總行代號	帳號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)															
<input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>	<input style="width: 70px; border: 1px dashed black;" type="text"/>															

職 業 工 會 檢 覈 欄	以下欄位由職業工會填寫																
	<p style="color: red;">以上各項申請人個人資料經本工會檢覈確實無訛。</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">勞工保險 證號：_____</td> <td style="width: 20%;">單位名稱：_____</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>負責人：_____</td> <td>經辦人：_____</td> <td style="border: 1px dashed black; width: 40%;"></td> </tr> </table> <p>聯絡電話：_____</p> <p>收件日期：109年 月 日</p> <p style="text-align: right;">(單位印章)</p>												勞工保險 證號：_____	單位名稱：_____		負責人：_____	經辦人：_____
勞工保險 證號：_____	單位名稱：_____																
負責人：_____	經辦人：_____																