

(請填寫機構全銜)

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_半年身心障礙員工薪資表

(請加蓋機構關防或公司章)

員工姓名		薪資明細									
身分證字號											
加保日期	後續鑑定期	年	月	年	月	年	月	年	月	年	月
鑑定期	日	元	元	元	元	元	元	元	元	元	元
_____年 _____月 _____日	_____年 _____月 _____日	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元
		職稱：		工作內容：							
_____年 _____月 _____日	_____年 _____月	實際工作地		地址：							
_____年 _____月 _____日	_____年 _____月	實際工作地		連絡電話：							
_____年 _____月 _____日	_____年 _____月 _____日	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元
		職稱：		工作內容：							
_____年 _____月 _____日	_____年 _____月	實際工作地		地址：							
_____年 _____月 _____日	_____年 _____月	實際工作地		連絡電話：							
_____年 _____月 _____日	_____年 _____月 _____日	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元
		職稱：		工作內容：							
_____年 _____月 _____日	_____年 _____月	實際工作地		地址：							
_____年 _____月 _____日	_____年 _____月	實際工作地		連絡電話：							
_____年 _____月 _____日	_____年 _____月 _____日	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元
		職稱：		工作內容：							
_____年 _____月 _____日	_____年 _____月	實際工作地		地址：							
_____年 _____月 _____日	_____年 _____月	實際工作地		連絡電話：							

以上資料如有虛偽不實，除撤銷原核准之獎勵金並追回全部之獎助款，涉及刑事責任者並移送司法機關偵辦，特此切結。

負責人簽章：

填表人簽章：

聯絡電話：

備註：1、本表配合「臺中市超額進用、非義務機構進用身心障礙者獎勵金」申請表使用，不敷填寫時請自行影印。  
2、進用身心障礙員工實際工作地點需在臺中市，並在該機構工作達六個月以上，至第七個月起予以獎勵，獎勵期限為一年。