表 C-1

事業單位僱用職業災害勞工補助申請書及補助收據

申請日期：　年　月　日

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	
單位地址				聯絡人姓名/職稱	
聯絡電話		傳真		電子郵件	
事業單位類型	□職業災害事故事業單位　□非職業災害事故事業單位				
員工總人數	人	勞工工作型態	□全部工時　□部分工時(本申請案之受僱職業災害勞工)		
匯款帳戶	戶名： 銀行及分行： 帳號：				
檢附文件	□ 1、僱用名冊、載明受僱者工作時數之薪資清冊及出勤紀錄 □ 2、事業單位恢復職業災害勞工原工作、調整職務或安置適當工作等之證明 □ 3、受僱勞工之國民身分證或其他身分證明等文件影本 □ 4、勞工職業災害失能給付核發證明 □ 5、勞工職業災害保險投保證明 □ 6、受僱勞工非事業單位負責人之配偶或三親等內親屬之聲明書				
申請補助期間	年　月　日至　年　月　日（上限12個月）				
申請金額	新臺幣　元（雇主如無法核算，可不必填寫）				
聲明切結	1. 本公司如有「直轄市及縣市政府辦理協助職業災害勞工重返職場補助辦法」第21條所列之情形，除願歸還已領取之款項外，並願負一切法律責任。特此切結為憑。 2. 同意地方政府將相關資料提供認可職能復健機構，協助擬訂復工計畫，進行職業災害勞工工作分析、功能性能力評估及增進其生理心理功能之強化訓練等職能復健服務。 負責人簽章：　（加蓋單位印信或圖記） 中華民國　年　月　日				

（本欄由受理申請單位填寫）	
審核意見	□**符合申請條件僱用補助：** 1.依直轄市及縣市政府辦理協助職業災害勞工重返職場補助辦法第13條(原事業單位)： □失能等級1-9等級　□失能等級10-15等級 2.依直轄市及縣市政府辦理協助職業災害勞工重返職場補助辦法第14條(新事業單位)： □失能等級1-9等級　□失能等級10-15等級 □**不符合申請條件僱用補助：** 1.依直轄市及縣市政府辦理協助職業災害勞工重返職場補助辦法第13條(原事業單位)： □失能等級1-9等級　□失能等級10-15等級 2.依直轄市及縣市政府辦理協助職業災害勞工重返職場補助辦法第14條(新事業單位)： □失能等級 1-9 等級　□失能等級 10-15 等級
審核結果	□同意補助；核發僱用補助計新臺幣＿＿＿＿元 □不予補助；原因：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ □不予受理；原因：＿＿＿＿＿＿（例如：書件未備齊且屆期未補正）
承辦人員：　　業務主管：　　機關首長：	

※各項欄位請覈實填寫，如有偽造、詐欺等不法行為者，將移送司法機關辦理。

※請向直轄市及縣市政府提出申請，補助金額以受理申請單位核定金額為準。

※部分工時勞工之平均月薪資總額如低於當年度職業災害保險第 1 等級月投保薪資者，依其實際平均月薪資總額試算申請金額。

※勞工職業災害保險投保證明應檢附申請補助期間各月份投保資料。

表 C-2

事業單位恢復職業災害勞工原工作、調整職務或安置適當工作報告

事業單位類型：□職業災害事故事業單位 □非職業災害事故事業單位(以下免填)

造冊單位名稱：　　（請加蓋單位印信或圖記）

負 責 人：　　（請加蓋負責人印章）

造冊日期：　　年　　月　　日

依直轄市及縣市政府辦理協助職業災害勞工重返職場補助辦法第13條規定提供之協助措施：

(一)執行情形(如填寫欄位不足，請依下列格式自行造冊)：

職業災害勞工姓名	工作內容	措施說明
	1. 職業災害前： 2. 職業災害後：	

(二)佐證照片（如填寫欄位不足，請依下列格式自行造冊)：

黏貼照片	黏貼照片
照片說明：(應備註職業災害勞工姓名)	照片說明：(應備註職業災害勞工姓名)

註：

1.職業災害事故事業單位係指本辦法第 13 條勞工發生職業災害之事業單位，協助符合勞工職業災害保險及保護法(下稱災保法)第 43 條失能程度，且有工作能力之職業災害勞工。

2.非職業災害事故事業單位係指本辦法第 14 條僱用其他事業單位符合災保法第 43 條失能程度，且有工作能力之職業災害勞工之事業單位。

3.措施說明欄**請詳述提供職業災害勞工工作必要之輔助設施、工作條件之改善及調整工作方法**等作為。

表 C-3

受僱職業災害勞工聲明書

本人確實非（事業單位名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）事業單位負責人之配偶或三親等內親屬。

以上填寫資料屬實，如有不實，本人願負一切法律責任，特此切結為憑。

切結人簽章：

國民身分證統一編號（外籍人士統一證號）：

地　　址：

電　　話：

中　華　民　國　　年　　月　　日

表 C-4

事業單位僱用名冊及薪資清冊

造冊單位名稱：　　（請加蓋單位印信或圖記）

負 責 人：　　（請加蓋負責人印章）

造冊日期：＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

職業災害勞工姓名	
國民身分證統一編號（外籍人士統一證號）	
出生年月日	＿＿年＿＿月＿＿日
工作期間	＿＿年＿＿月＿＿日-＿＿年＿＿月＿＿日
工作期間總工時(含加班)	＿＿＿＿＿小時
工作期間請假情況	1.＿＿＿假＿＿日＿＿時 2.＿＿＿假＿＿日＿＿時 3.＿＿＿假＿＿日＿＿時
工作期間薪資(每月薪資)	
工作期間投保級距	
職業災害發生日期	＿＿年＿＿月＿＿日
職業災害原因/職業災害類型	□職業傷害 □職業病
復工或受僱日期	＿＿年＿＿月＿＿日
診斷永久失能日期	＿＿年＿＿月＿＿日
失能等級	□1-9等級 □10-15等級
是否在職（否，需填離職日期）	□是 □否（離職日期：＿＿年＿＿月＿＿日）
職業災害勞工簽章	

註：

1. 如事業單位有刻意隱瞞勞工實際工作時數及薪資之情事，有違反刑法第214條規定之虞。
2. 工作期間請填列申請補助所對應之期間。
3. 工作期間薪資請填列申請補助期間之每月薪資；如各月份薪資不同，請按月分別列示，不得以平均金額填報。
4. 工作期間之投保級距應依各月份實際職業災害保險投保薪資填寫;如各月份投保級距有所調整,請按月分別列示。

表 C-5

個人資料使用授權同意書
（請職業災害勞工擇一勾選）

□為配合申請僱用補助作業，本人同意下列相關事項：

一、本人同意(受理申請單位)因辦理僱用補助作業，而獲取本人的姓名、出生年月日、國民身分證統一編號（外籍人士統一證號）等得以直接或間接識別本人個人的資料。

二、本人同意(受理申請單位)及中央主管機關將基於個人資料保護法及相關法令之規定下，蒐集、處理及利用本人的個人資料 。

三、本人同意(受理申請單位)及中央主管機關以本人所提供的個人資料確認本人的身分、與本人進行聯絡、查核本人是否已領取政府機關其他相同性質的補助，以及其他隱私權保護政策規範的使用方式。

四、本人可依個人資料保護法，就本人的個人資料向(受理申請單位)及中央主管機關（一）請求查詢或閱覽、（二）製給複製本、（三）請求補充或更正、（四）請求停止蒐集、處理及利用或（五）請求刪除。但因（一）妨害國家安全、外交及軍事機密、整體經濟利益或其他國家重大利益、（二）妨害公務機關執行法定職務、（三）妨害第三人之重大利益，得拒絕之。

五、(受理申請單位)針對本人的個人資料利用期間：自事業單位申請僱用補助開始，至(受理申請單位)完成補助業務（含上傳相關管理資訊系統、後續查核、統計執行補助成果等事宜）止。

六、本人瞭解此一同意書符合個人資料保護法及相關法規的要求，且同意(受理申請單位)留存此同意書，以供日後查驗。

七、本人同意地方政府依業務需要查詢本人之勞工職業災害保險相關資料。

□本人不同意前述相關事項。

立同意書人簽章：

中華民國　　年　　月　　日

※ 權益告知：

如您不同意、未勾選或未繳回本同意書，(受理申請單位)將不會使用您的個人資料。但依個人資料保護法第 8 條第 1 項第 6 款規定，如您不提供個人資料，必須明確告知下列事項對您權益的影響：

1.無法於相關系統中，查詢您的職業災害勞工身分及是否已領取政府機關其他相同性質的補助。

2.無法將資料提供認可職能復健機構，協助擬訂復工計畫，進行職業災害勞工工作分析、功能性能力評估及增進其生理心理功能之強化訓練等職能復健服務。