

附表

## 勞工保險局職業災害勞工職業重建補助申請書

年 月 日申請 受理編號：

|                         |  |     |  |      |  |
|-------------------------|--|-----|--|------|--|
| 計畫名稱                    |  |     |  |      |  |
| 申請辦理<br>單位名稱            |  | 負責人 |  | 職稱   |  |
| 單位地址                    |  |     |  |      |  |
| 計畫聯絡人<br>姓名             |  | 職稱  |  | 連絡電話 |  |
| 計畫類別<br>(請打勾)           | <input type="checkbox"/> 1. 心理輔導及社會適應<br><input type="checkbox"/> 2. 工作能力評估及強化<br><input type="checkbox"/> 3. 職務再設計<br><input type="checkbox"/> 4. 職業輔導評量<br><input type="checkbox"/> 5. 職業訓練<br><input type="checkbox"/> 6. 就業服務<br><input type="checkbox"/> 7. 職業重建之研究<br><input type="checkbox"/> 8. 其他與職業災害勞工職業重建有關之事項 |     |  |      |  |
| 計畫<br>執行期間              | 自民國 年 月 日起至民國 年 月 日止   |     |  |      |  |
| 本計畫是否<br>另外接受其<br>他單位補助 | <input type="checkbox"/> 無   |     |  |      |  |
|                         | <input type="checkbox"/> 有 (詳述補助單位及補助金額)   |     |  |      |  |
| 申請補助<br>金額              | 新台幣 元  |     |  |      |  |

計畫申請單位印章：

負責人簽章：\_\_\_\_\_