

國軍退除役官兵輔導委員會○○榮民服務處
退除役官兵職業訓練補助申請表-甲表(申請未逾補助總額度上限)

申請資訊	身 分 別	<input type="checkbox"/> 第一類退除役官兵		<input type="checkbox"/> 第二類退除役官兵		
	姓 名			國民身分證統一編號		
	訓練機關(構)			聯絡方式	通訊地址：	
	課 程 名 稱				電話：	
	開 訓 日 期	年	月		日	行動電話：
	結 訓 日 期	年	月		日	電子郵址：
	繳 費 金 額				元	
	申 請 金 額				元	
應檢附資料	<input type="checkbox"/> 本人國內金融機構存摺封面影本。 <input type="checkbox"/> 繳費收據或發票正本(訓練機構開立)。				本項補助申請，本人已詳閱相關規定，且依規定辦理，並簽名確認負責，如有不實，同意繳回補助款項並依法處理。 申請人簽名： 日期： 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 結訓證明文件影本(訓練機構開立，且須載明職業訓練法施行細則第四條所定各項資訊)。					
	<input type="checkbox"/> 職業保險證明： <input type="checkbox"/> 在保之相關職業保險證明影本。 <input type="checkbox"/> 投保職業工會者並檢附在職證明正本。					
榮民服務處	受理日期： 年 月 日			受理人員：		
	審核結果： <input type="checkbox"/> 符合補助：補助 元。 <input type="checkbox"/> 不予補助：			承辦人：		
	<input type="checkbox"/> 有本辦法第七條第二項不能補正或屆期未補正之情形。 <input type="checkbox"/> 有本辦法第九條第一項第 款之情形：(請敘明)			業務主管：		
	<input type="checkbox"/> 其他：			複審會計： 機關首長(或其授權人員)：		
			中華民國 年 月 日			