受嚴重特殊傳染性肺炎影響

「自營作業者或無一定雇主之勞工生活補貼」申請書

**申請日期 109 年 月 日**

**勞 工 保 險 局**

|  |  |
| --- | --- |
| 受理  編號 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人資料填寫  欄 | 姓 名 |  | | | | | | 出 生  日 期 | | | 民國 年 月 日 | 身 分 證統一編號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通 訊  地 址 | □同戶籍地址者免填下列地址 | | | | | | | | | | | 聯 絡  方 式 | | 行動電話： 電話：（ ） | | | | | | | |
| 郵遞區號 | ： |  |  |  |  |  |  |  | | |
| 縣 鄉鎮 村 路 巷  市 市區 里 街 段 弄 號 樓 | | | | | | | | | | |
| 本人係自營作業者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：ˍˍˍˍˍˍˍˍ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 ……** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※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。  ※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。  ※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。  □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  總代號  □匯入申請人在郵局之存簿帳戶 局號：□□□□□□－□ 帳號：□□□□□□－□ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職業工會檢覈  欄 | **以 下 欄 位 由 職 業 工 會 填 寫** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 以上各項**申請人個人資料**經本工會檢覈確實無訛。  勞工保險  證 號： ０２０００１３４Ｙ 單位名稱：台北市電氣裝置業職業工會  負 責 人：黃鎮溪 經 辦 人：  （單位印章）  聯絡電話： (02)2812-6623  收件日期：109 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

109.04

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 帳號 | 金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼) | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |