|  |
| --- |
| 表B-1**職能復健津貼申請書及補助收據** 填表日期： 年 月 日（第 次申請） |
| 申請人姓名 |  | 國民身分證統一編號（外籍人士統一證號） |  | 出生日期 | 民國 年　 月　日 |
| 投保單位名稱 |  | 投保單位統一編號 |  |
| 通訊地址： 聯絡電話：  |
| 傷病發生日期 |  年 月 日 | 強化訓練計畫起訖期間 | 自 年 月 日 至 年 月 日 |
| 強化訓練項目 | □ 1.生理工作能力強化訓練。□ 2.心理工作能力強化訓練。 |
| 強化訓練日數 | 合計 日（上限180日） |
| 申請金額 | 新臺幣　　　　　　　　　　元（如無法核算，可不必填寫） |
| 應備具書件 | □ 1.參加強化訓練完成證明(參訓機構職業醫學科專科醫師開立載有強化訓練日數之診斷證明書)。□ 2.申請人國內金融機構存摺封面影本。□ 3.勞工職業災害保險投保證明。□ 4.勞工職業災害保險傷病給付核定函。 (無，原因：□不能工作期間未達傷病給付請領要件，□其他， )□ 5.其他經受理申請單位指定之文件。 |
| 匯款帳戶 | 戶名：銀行及分行：帳號：※發給金額以受理申請單位核定金額為準。 |
| 以上各欄位均據實填寫，為審核補助需要，同意直轄市及縣市政府可逕向勞工保險局或其他有關機關團體調閱相關資料。 申請人： （簽名或蓋章）  |
| 審核結果 | (由受理申請補助單位填寫) □核定；核發職能復健津貼 日，計新臺幣 元。□不予核定；原因：  |
| 承辦人員： 單位主管： 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。