

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 <small>（外籍人士）</small>		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	<input type="checkbox"/> 1.生理工作能力強化訓練。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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）。 <input type="checkbox"/> 2.申請人國內金融機構存摺封面影本。 <input type="checkbox"/> 3.勞工職業災害保險投保證明。 <input type="checkbox"/> 4.勞工職業災害保險傷病給付核定函。 （無，原因： <input type="checkbox"/> 不能工作期間未達傷病給付請領要件， <input type="checkbox"/> 其他，_____） <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 核定；核發職能復健津貼_____日，計新臺幣_____元。 <input type="checkbox"/> 不予核定；原因：
	承辦人員： 單位主管： 機關首長：