

附件1(線上申請者免附)

其他照顧服務提供單位受嚴重特殊傳染性肺炎影響紓困補貼申請表

申請日期 年 月 日

受理編號

申請單位名稱 /姓名				單位負責人		
單位統一編號 /身分證字號				設立許可文號/ 登記證書字號		
通訊地址	□□□□-□□□□					
聯絡人			聯絡電話			電子郵件
帳戶名稱						
金融機構/郵 局代碼(7碼)			金融機構/郵局帳號 (11~14碼)			
申請資格 (單位類型)	<input type="checkbox"/> 依長期照顧服務法設立之： <input type="checkbox"/> 居家式服務類長照機構 <input type="checkbox"/> 社區式服務類長照機構 <input type="checkbox"/> 綜合式服務類長照機構(未提供住宿服務) <input type="checkbox"/> 依兒童及少年福利與權益保障法設立或登記之： <input type="checkbox"/> 托嬰中心 <input type="checkbox"/> 居家式托育人員(管理單位：_____縣(市) _____居家托育服務中心) <input type="checkbox"/> 身心障礙者日間服務機構 <input type="checkbox"/> 身心障礙者家庭托顧服務提供單位之家庭托顧服務員(由服務提供單位代為申請、並具領轉發予家托服務員) <input type="checkbox"/> 早期療育機構 <input type="checkbox"/> 經政府委託或補助辦理兒童及少年團體家庭之服務提供單位					
營運困難事由	<input type="checkbox"/> 受中央流行疫情指揮中心或中央衛生主管機關書面通知停業而業務中斷致生損失。 <input type="checkbox"/> 110年5月至7月期間任一個月，較前二年度任一年同期或一百十年一月至四月任一個月收入減少達50%。 <input type="checkbox"/> 其他經主管機關認定特殊狀況：					
檢附資料	<input type="checkbox"/> 長照服務提供者服務費用申報總表 <input type="checkbox"/> 110年4月30日之全民健康保險投保清冊(居家式托育服務人員、長照家托及身障家托員免附) <input type="checkbox"/> 110年5月至7月停業期間在職員工薪資清冊(適用長照機構停業者) <input type="checkbox"/> 110年5月至7月停業期間在職員工薪資轉帳證明(適用停業者) <input type="checkbox"/> 申請紓困期間之自結收入減少財務報表 <input type="checkbox"/> 撥款金融機構帳號影本 <input type="checkbox"/> 書面通知停業函影本(未停業者、托嬰中心、居家托育人員、身心障礙日間服務機構、身心障礙者家庭托顧服務員及早期療育機構免附) <input type="checkbox"/> 確認書(身心障礙家庭托顧服務員適用) <input type="checkbox"/> 其他經中央衛生主管機關指定之文件及資料					
其他補充事項						

本單位聲明：

- 一、本單位提供真實資料，未曾申請其他政府機關所定紓困措施性質相同之補貼。
- 二、本單位因申請紓困補貼，且未違反本作業規定第十點之事由，並配合主管機關查核辦理情形。
- 三、以上資料均屬實，如經查證未依用途運用、未實際經營、其他未能符合相關法令及規定，或有隱匿不實或其他不法情事者，本人願負法律責任，無條件同意繳回受領補貼，並負民事賠償連帶責任。

上述資料經申請單位確認：

申請機構(單位)： (請蓋大小章)

負責人：

中華民國 年 月 日

備註：實際補貼金額，以中央主管機關核算為準。