

# 職能復健津貼申請書及補助收據

表 B-1

填表日期： 年 月 日

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	職能復健服務 起訖期間	自 年 月 日 至 年 月 日		
職能復健服務 (可複選)	<input type="checkbox"/> 1.復工計畫擬訂。 <input type="checkbox"/> 2.工作分析。 <input type="checkbox"/> 3.工作模擬評估。 <input type="checkbox"/> 4.功能性能力評估。 <input type="checkbox"/> 5.強化訓練評估。 <input type="checkbox"/> 6.生理功能強化訓練。 <input type="checkbox"/> 7.心理功能強化訓練。				
申請補助日數	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"/> 1.參加職能復健服務完成證明。 (自勞動部職業安全衛生署建置職業災害勞工服務資訊整合管理系統列印並經醫事人員核章之職能復健服務完成證明)。 <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：					

※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。

※傷病發生日期:職業傷害為受傷發生日;職業病為疾病確診日。