

受嚴重特殊傳染性肺炎影響

「自營作業或無一定僱主之勞工生活補貼」申請書

勞工保險局

申請日期 109 年 月 日

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

郵遞區號：

-

縣 鄉鎮 村 路 巷
市 市區 里 街 段 弄 號 樓

聯絡方式

行動電話：

電話：()

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：

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

帳號

金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)

☐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： 單位名稱：

負責人： 經辦人：

聯絡電話：

(單位印章)