初　稿
109.4.16

受嚴重特殊傳染性肺炎影響
「自營作業者或無一定雇主之勞工生活補貼」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：□□□-□□□ 縣市　鄉鎮市區　村里　路街　段　巷弄　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：_____

（單位印章）

聯絡電話：_____

收件日期：109 年　　月　　日