

附件一之一

計畫申請表單

## 單側聽損者職務再設計試辦計畫申請書-申請單位資料表

申請單位資料表 (屬個人、自營作業申請者免填)			
案件編號：(由受理申請單位填寫)		申請日期：	
申請單位類別	<input type="checkbox"/> 公、民營事業機構 <input type="checkbox"/> 政府機關、學校 <input type="checkbox"/> 法人團體		
申請單位名稱	(申請單位用印)		
單位負責人姓名		統一編號	
單位電話		單位地址	
聯絡人姓名職稱		聯絡人電話	
聯絡人電子郵件			
行業別	<input type="checkbox"/> 農林漁牧業 <input type="checkbox"/> 礦業及土石採取業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 電力及燃氣供應業 <input type="checkbox"/> 用水供應及汙染整治業 <input type="checkbox"/> 營造業 <input type="checkbox"/> 批發及零售業 <input type="checkbox"/> 運輸倉儲業 <input type="checkbox"/> 住宿及餐飲業 <input type="checkbox"/> 資訊及通訊傳播業 <input type="checkbox"/> 金融保險業 <input type="checkbox"/> 不動產業 <input type="checkbox"/> 專業科學及技術服務業 <input type="checkbox"/> 支援服務業 <input type="checkbox"/> 教育服務業 <input type="checkbox"/> 醫療保健及社會工作服務業 <input type="checkbox"/> 藝術、娛樂、休閒服務業 <input type="checkbox"/> 其他服務業 <input type="checkbox"/> 政府機關		
員工總人數 (以申請日最近一個月員工投保總人數計)			
申請協助人數			

附件一之二

計畫申請表單

單側聽損者職務再設計試辦計畫申請書-個案資料表

個案資料表			
案件編號：(由受理申請單位填寫)		申請日期：	
個案區分資料 (可複選)	其他身分： <input type="checkbox"/> 獨力負擔家計者 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 低收入戶或中低收入戶中有工作能力者 <input type="checkbox"/> 二度就業婦女 <input type="checkbox"/> 更生受保護人 <input type="checkbox"/> 家庭暴力受害人 <input type="checkbox"/> 低收入戶或中低收入戶中有工作能力者 <input type="checkbox"/> 其他_____		
個案類別	<input type="checkbox"/> 在職員工 <input type="checkbox"/> 受僱之個人(個人申請者勾選) <input type="checkbox"/> 自營作業者		
個案姓名 <b>(個人申請者， 需簽名或蓋章)</b>		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生年月日		國民身分證/居留證 統一編號	
服務單位/部門 <b>(個人申請者， 請填單位全銜及所屬部門)</b>		職稱	
個案聯絡方式 <b>(個人申請者填列， 單位申請者免填)</b>	電話： 手機(必填)： 地址： 電子郵件(必填)：		
到職日		教育程度	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大學(專) <input type="checkbox"/> 研究所 <input type="checkbox"/> 其他_____
實際工作地點			

<b>聽力鑑定結果</b>	聽力閾值：劣耳                  分貝、優耳                  分貝；兩耳相差                  分貝											
	其他註記： <b>註：本計畫適用標準與衛生福利部身心障礙鑑定基準有別，僅適用職務再設計服務申請</b>											
職務再設計申請內容												
申請 內容 說明	個人特質 及工作內容											
	遭遇問題及期待經由 職務再設計改善事項											
	其他說明											
(1) 本次申請是否有另向本署或其他機關申請補助？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(續填(2)) (2) 向其他機關申請補助內容：(如欄位不足可自行增列)												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">其他申請補助機關名稱</th> <th style="width: 33%;">申請計畫名稱</th> <th style="width: 33%;">申請補助金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				其他申請補助機關名稱	申請計畫名稱	申請補助金額						
其他申請補助機關名稱	申請計畫名稱	申請補助金額										
備註：申請單位有僱用意願，但尚未正式僱用，得先受理申請，應檢附僱用承諾書(附件三)，並於核銷時檢附相關僱用證明文件。												

**◎非個人提出申請者，本欄免填**

個人申請者如申請項目經受理單位評估涉及需雇主同意，應由申請人任職單位主管於本欄簽章  
單位主管簽章：

**書面審查結果(此項目由受理申請單位填寫)**

符合職務再設計申請資格，另行安排實地訪視。

不符合申請資格，原因：\_\_\_\_\_

審查人員簽章：

業務主管簽章：

中 華 民 國

年

月

日

附件一之三

計畫申請表單

**單側聽損者職務再設計試辦計畫申請書-個人資料使用授權同意書**  
(請擇一勾選)

- 為配合申請職務再設計補助作業，本人同意下列相關事項：
- 一、本人同意\_\_\_\_\_ (受理申請單位) 因辦理職務再設計補助作業，而獲取本人的姓名、出生年月日、國民身分證統一編號、職業、聯絡方式、教育、薪資等得以直接或間接識別本人個人的資料。
  - 二、本人同意分署及專案單位將基於個人資料保護法及相關法令之規定下，蒐集、處理及利用本人的個人資料。
  - 三、本人同意受\_\_\_\_\_ (受理申請單位) 以本人所提供的個人資料確認本人的身分、與本人進行聯絡、查核本人同一年度是否已領取政府機關其他職務再設計相同性質的補助，以及其他隱私權保護政策規範的使用方式。
  - 四、本人可依個人資料保護法，就本人的個人資料向就服機構及專案單位(一) 請求查詢或閱覽、(二) 製給複製本、(三) 請求補充或更正、(四) 請求停止蒐集、處理及利用或(五) 請求刪除。但因(一) 妨害國家安全、外交及軍事機密、整體經濟利益或其他國家重大利益、(二) 妨害公務機關執行法定職務、(三) 妨害就服機構或第三人之重大利益，分署及專案單位得拒絕之。
  - 五、\_\_\_\_\_ (受理申請單位) 針對本人的個人資料利用期間：自本人申請職務再設計補助開始，至分署完成補助業務(含上傳相關管理資訊系統、後續查核、統計執行補助成果等事宜) 止。
  - 六、本人瞭解此一同意書符合個人資料保護法及相關法規的要求，且同意(受理申請單位) 留存此同意書，以供日後取出查驗。
- 本人不同意前述相關事項。

**立同意書人簽章：**

中 華 民 國 年 月 日

**※ 權益告知：**

- 如您不同意、未勾選或未繳回本同意書，\_\_\_\_\_ (受理申請單位) 將不會使用您的個人資料，但依個人資料保護法第 8 條第 1 項第 6 款規定，如您不提供個人資料，必須明確告知下列事項對您權益的影響：
- 一、無法於相關系統中，查詢您是否確屬申請單位之在職勞工、同一年度是否已領取政府機關其他相同性質的補助。
  - 二、無法於評估補助項目及金額時，據以判定您是否屬優先補助對象。

附件一之四

計畫申請表單

**單側聽損者職務再設計試辦計畫申請書-應檢附文件檢核表**

**(供申請者自行檢核)**

序號	項目	說明	檢核
一	申請書	單位資料表	屬個人申請者免填附 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 免附
		個案資料表	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		個人資料使用授權同意書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
二	◎依申請者類別檢附對應的文件		
	受僱之個人(個人申請)	擇一檢附 1. 勞工保險證明文件 2. 僱用證明文件(非屬勞工保險條例規定之強制投保單位員工檢附) 3. 二家以上工作證明或職業工會開立之證明(無一定雇主者檢附)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	公民營事業機構	1. 法人登記、商業登記或工廠登記等證明文件 2. 個案受僱證明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	政府機關、學校	員工投保證明影本	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	法人團體	1. 立案證書或法人登記證書影本 2. 捐助章程或組織章程 3. 個案受僱證明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	自營作業者	本項擇一檢附 1. 自營作業者之各目的事業主管機關核發之相關職業登記、營業登記、許可、執照、立案、核定、備查等證明文件 2. 公益彩券傳統型及立即型彩券經銷證明文件。 3. 營業小客車駕駛人執業登記證明文件 4. 按摩執業許可證明文件 5. 地政士開業執照證明文件 所從事自營作業職業工會勞工保險投保證明。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
三	個案身分證明	1. 國民身分證或居留證影本 2. 附件二名單醫院所開具近六個月聽力鑑定證明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

附件二

計畫申請表單

## 單側聽損者職務再設計試辦計畫聽力鑑定醫院名單

縣市別	序號	鑑定醫院名稱
臺北市	1	臺北榮民總醫院
	2	國立臺灣大學醫學院附設醫院
	3	三軍總醫院附設民眾診療服務處
	4	長庚醫療財團法人臺北長庚紀念醫院
	5	財團法人國泰綜合醫院
	6	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院
	7	臺北市立聯合醫院中興院區
	8	臺北市立聯合醫院仁愛院區
	9	臺北市立聯合醫院和平院區
	10	臺北市立聯合醫院婦幼院區
	11	臺北市立聯合醫院陽明院區
	12	臺北市立聯合醫院忠孝院區
	13	臺北市立萬芳醫院(委託財團法人私立臺北醫學大學經營)
	14	臺北市立關渡醫院(委託臺北榮民總醫院經營)
	15	醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院
	16	臺北醫學大學附設醫院
	17	新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院
	18	振興醫療財團法人振興醫院
	19	國防醫學院三軍總醫院松山分院
	20	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院
	21	中山醫療社團法人中山醫院
	22	康寧醫療財團法人康寧醫院
	23	博仁綜合醫院
	24	醫療財團法人西園醫院
	25	國立臺灣大學醫學院附設醫院北護分院
	26	中國醫藥大學附設醫院臺北分院
新北市	27	衛生福利部臺北醫院
	28	新北市立聯合醫院(三重院區)
	29	新北市立聯合醫院(板橋院區)
	30	財團法人亞東紀念醫院
	31	財團法人馬偕紀念醫院淡水分院
	32	財團法人天主教耕莘醫院
	33	財團法人天主教永和耕莘醫院
	34	財團法人恩主公醫院

	35	佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院
	36	財團法人國泰綜合醫院汐止分院
	37	衛生福利部雙和醫院
	38	衛生福利部樂生療養院
	39	輔仁大學學校財團法人輔仁大學附設醫院
桃園市	40	衛生福利部桃園醫院
	41	林口長庚紀念醫院
	42	聯新國際醫院
	43	天晟醫院
	44	聖保祿醫院
	45	臺北榮總桃園分院
	46	國軍桃園總醫院
	47	敏盛綜合醫院
	48	怡仁綜合醫院
新竹市	49	國立台灣大學醫學院附設醫院新竹分院
	50	馬偕紀念醫院新竹分院
	51	國軍新竹地區醫院附設民眾診療服務處
	52	國泰醫療財團法人新竹國泰綜合醫院
新竹縣	53	臺北榮總新竹分院
	54	東元綜合醫院
	55	湖口仁慈醫院
	56	中國醫藥大學附設醫院新竹分院
苗栗縣	57	衛生福利部苗栗醫院
	58	財團法人為恭紀念醫院
	59	大千綜合醫院
	60	苑裡李綜合醫院
臺中市	61	臺中榮民總醫院
	62	中國醫藥大學附設醫院
	63	澄清綜合醫院中港分院
	64	澄清綜合醫院
	65	中山醫學大學附設醫院
	66	衛生福利部臺中醫院
	67	林新醫療社團法人林新醫院
	68	衛生福利部豐原醫院
	69	光田醫療社團法人光田綜合醫院
	70	李綜合醫療社團法人大甲李綜合醫院
	71	童綜合醫療社團法人童綜合醫院



	72	仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院
	73	國軍臺中總醫院
	74	仁愛醫療財團法人台中仁愛醫院
	75	財團法人佛教慈濟綜合醫院台中分院
	76	亞洲大學附屬醫院
	77	國軍臺中總醫院附設民眾診療服務處中清分院
彰化縣	78	衛生福利部彰化醫院
	79	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院
	80	秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院
	81	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院
	82	秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院
	83	彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院
	84	員生醫院
	85	彰化基督教醫療財團法人員林基督教醫院
南投縣	86	埔里基督教醫院
	87	中榮埔里分院
	88	佑民醫院
	89	竹山秀傳醫院
	90	南投醫院
	91	南基醫院
雲林縣	92	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院(斗六、虎尾)
	93	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院
	94	財團法人天主教若瑟醫院
	95	彰化基督教醫院雲林分院
	96	中國醫藥大學北港附設醫院
嘉義市	97	衛生福利部嘉義醫院
	98	臺中榮民總醫院嘉義分院
	99	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院
	100	財團法人天主教聖馬爾定醫院
嘉義縣	101	長庚醫療財團法人嘉義長庚醫院
	102	財團法人慈濟佛教醫院大林分院
	103	臺中榮總灣橋分院
台南市	104	國立成功大學醫學院附設醫院
	105	衛生福利部新營醫院
	106	衛生福利部臺南醫院
	107	奇美醫療財團法人奇美醫院
	108	奇美醫療財團法人柳營奇美醫院

	109	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院
	110	高雄榮民總醫院臺南分院
	111	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院
	112	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人臺南新樓醫院
	113	台南市立醫院(委託秀傳醫療財團法人經營)
	114	郭綜合醫院
	115	臺南市立安南醫院-委託中國醫藥大學興建經營
高雄市	116	高雄榮民總醫院
	117	高雄醫學大學附設中和紀念醫院
	118	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院
	119	義大醫院
	120	高雄市立聯合醫院
	121	衛生福利部旗山醫院
	122	高雄市立小港醫院(委託高雄醫學大學附設中和紀念醫院經營)
	123	高雄市立大同醫院(委託高雄醫學大學附設中和紀念醫院經營)
	124	國軍高雄總醫院
	125	國軍高雄總醫院左營分院
	126	阮綜合醫院
	127	天主教聖功醫療財團法人聖功醫院
屏東縣	128	衛生福利部屏東醫院
	129	屏基財團法人屏東基督教醫院
	130	寶建醫療社團法人寶建醫院
	131	國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處
	132	國仁醫院
	133	安泰醫療社團法人安泰醫院
	134	輔英科技大學附設醫院
	135	衛生福利部恆春旅遊醫院
基隆市	136	衛生福利部基隆醫院
	137	長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院
	138	三軍總醫院附設基隆民眾診療服務處
	139	基隆市立醫院
宜蘭縣	140	國立陽明大學附設醫院
	141	臺北榮民總醫院蘇澳分院
	142	財團法人蘭陽仁愛醫院
	143	臺北榮民總醫院員山分院

	144	羅東博愛醫院
	145	聖母醫院
花蓮縣	146	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院
	147	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院
	148	國軍花蓮總醫院
臺東縣	149	衛生福利部臺東醫院
	150	馬偕紀念醫院台東分院
	151	東基醫療財團法人台東基督教醫院
澎湖縣	152	衛生福利部澎湖醫院
	153	三軍總醫院澎湖分院
	154	天主教靈醫會惠民醫院
金門縣	155	衛生福利部金門醫院
連江縣	156	連江縣立醫院

計畫申請表單

附件三

單側聽損者職務再設計服務試辦計畫僱用承諾書

\_\_\_\_\_ (申請單位)，願提供單側聽損者就業機會，並招募僱用，為減緩其障礙，茲向\_\_\_\_\_ (受理申請單位)申請「單側聽損者職務再設計服務試辦計畫」，並同意依勞動基準法及相關法律僱用所提適用之個案。

承諾單位：

統一編號：

地址：

法定代表人：

中 華 民 國            年            月            日

訪視階段表單

附件四

單側聽損者職務再設計服務試辦計畫訪視評估與建議表

案件編號：

訪視日期：

申請單位		個案姓名	
工作所遇問題 與分析	(如案主特性、工作內容、工作流程問題、其他...等)		
輔導策略及 建議改善方案	(一) 建議改善方式及補助項目 <input type="checkbox"/> 改善工作設備或機具 <input type="checkbox"/> 提供就業輔具 <input type="checkbox"/> 改善工作條件 <input type="checkbox"/> 調整工作方法及流程 <input type="checkbox"/> 改善職場工作環境 <input type="checkbox"/> 其他建議 _____ <input type="checkbox"/> 建議轉介職務再設計專案單位進行改善，原因：		
	(二) 建議改善內容		
檢附文件	<input type="checkbox"/> 其他 _____		
輔導委員簽章			

附件五

訪視階段表單

**單側聽損者職務再設計服務試辦計畫專案單位接案評估表**

專案單位：

接案日期：

申請資料			
申請單位名稱		聯絡電話	
對象別	單側聽損者	個案姓名	
訪視日期	訪視人員	個案就業狀況、困難及需求	評估建議、改善方式或試用情形

填表人：\_\_\_\_\_

專案單位主管簽章：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

附件六

訪視階段表單

**單側聽損者職務再設計服務試辦計畫改善方案經費估算表**

案件編號：

申請單位 (個人申請者免填)		申請個案姓名			
經費估算					
項 目	單 位	單 價	數 量	金 額	備 註
合計：新臺幣_____元整					

備註：

- 一、分署應就職務再設計改善方案先與申請單位聯繫，並協助申請單位提出經費需求，必要時得請輔導委員或專案單位協助。
- 二、職務再設計改善方案經費估算後，應交審查會中審查。

附件七

請款核銷表單

# 領 據

茲領到\_\_\_\_\_ (補助單位名稱) 之\_\_\_\_\_年度「單側聽損者職務再設計服務試辦計畫」款項計新臺幣\_\_\_\_\_萬 仟 佰 拾\_\_\_\_\_元整。(金額請用大寫，國字範例：壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖)

## 此 據

受補助單位名稱(或個人)：

(請加蓋申請單位之大章及負責人章或個人章)

統 一 編 號(或身分證號碼/居留證號碼)：

聯 絡 地 址：

聯 絡 電 話：

金 融 機 構：\_\_\_\_\_ 銀行 (\_\_\_\_\_ 分行)

行庫代碼 (電匯用 7 碼)：

存 儲 帳 號：

帳戶名稱 (限受補助單位或個人帳戶)：

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

轉帳金融機構存摺影本浮貼處



附件八

請款核銷表單

### 單側聽損者職務再設計服務試辦計畫成果報告

案件編號：

補助年度：

受補助單位(全名)		核定日期	年 月 日
個案姓名		執行期間	
核定補助項目成果說明			
分類	補助內容說明		
<input type="checkbox"/> 改善工作設備或機具			
<input type="checkbox"/> 提供就業輔具			
<input type="checkbox"/> 改善工作條件			
<input type="checkbox"/> 調整工作方法及流程			
<input type="checkbox"/> 改善職場工作環境			
<input type="checkbox"/> 其他：			
方案效益評估（請具體敘明呈現改善後問題項目解決程度描述及工作效能提升之效果）			
檢討與建議（含是否達預期目標、在職勞工反映、回饋等）			
受補助單位簽章：			

備註：所補助單位之機具、設備、器材屬於資本門者，需標示該年度適用對象職務再設計服務補助之字樣或標籤。

### 單側聽損者職務再設計服務試辦計畫報告之照片證明

問題改善前照片（請註明日期及問題項目）



問題改善後照片（請註明日期及改善項目）



備註：請依案例提供 2-4 張可彰顯職務再設計設計前後之照片，另照片應清晰呈現個案改善前後情形，本表不敷使用請自行影印。

附件九

請款核銷表單

**單側聽損者職務再設計服務試辦計畫收支清單**

案件編號： 受補助單位(人)名稱(姓名)：

全案收入明細							
各分攤機關名稱	申請補助金額		實際補助金額		備註		
勞動力發展署							
其他機關 (名稱)							
自籌款							
合計							
全案支出明細							
憑證 編號	支出項目	核定補助金額	實際支 出情形	補助經費分攤情形			備註
				勞動力 發展署 補助 金額	其他機關 補助金額	自付 金額	
	合計						

填表說明：

- 一、本清單請接受補助單位依原編列預算項目填列全案實際收入及支出，非僅填列本部補助項目，如接受 2 個以上政府機關補助者，應列明各機關補助項目及金額。
- 二、受補助之單位(個人)申請支付款項時，應本誠信原則對所提出支出憑證之支付事實及真實性負責，如有不實，應負相關責任。
- 三、請依原始憑證編號順序填列。

受補助單位 (為單位請者於此簽章)		
經辦人員簽章	會計單位簽章	負責人簽章

受補助個人 (為個人申請者於此簽章)