請逕送臺北市勞動力重建運用處收 （臺北市10851萬華區艋舺大道101號5樓）

**臺北市進用身心障礙者義務機關（構）進用情形異動表(表一)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公(勞)保證號  (不含英文字) | |  | |  |  |  | |  |  |  |  | | 電腦代號 | | |  | |  |  |  | |  |  |  |  | | | 異動年月 |  | |  |  |  |  | |
| 單位名稱 | | | | | | | 負責人姓名 | | | | | | | 投保登記地址 | | | | | | | | | | | | 業務聯絡人姓名及電話 | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|
| ◎員工總人數 | | | ◎ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | | | | | | | | 鑑定時間 | | | 加（退）保日期 | | | | | | 障（類）別  等級 | | | | | | 工作型態  (全時/部分工時) | | | 月領薪資  (延長工作時間之工資及休假日、例假日工作加給之工資均不計入。) | | | | |
| 公保 人  勞保 人  扣減 人  總計 人 | | |
|  | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | |
| ◎身心障礙員工  總人數 | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | |
| 非重度 人  重度以上 人  扣減 人  合計 人 | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | |
| 必備資料 | □ 一、公保清單 份  □ 二、勞工保險局保險費清單明細表 份 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身心障礙者異動必備資料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新進用/資料異動 | | | | | | | | | | | | | | | | | 當月離職 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 三、 等人身心障礙手冊（或證明）正反面影本各1份  □ 四、 等人公務人員保險異動名冊影印本各1份  □ 五、 等人勞工保險被保險人投保資料明細影印本各1份 | | | | | | | | | | | | | | | | | □ 六、 等人公保退保通知書影印本各1份  □ 七、 等人勞保退保申報表影印本各1份  □ 八、其他（薪資清冊、出勤紀錄等） | | | | | | | | | | | | | | | | | |

填寫日期中華民國 年 月 日 （加蓋單位印信）

※注意事項

一、為正確核計貴單位之進用情形，如遇異動情事請填製本表，並於每月月底前併同相關資料，**免備文**逕送臺北市勞動力重建運用處（臺北市10851萬華區艋舺大道101號5樓）俾便登錄。

二、公保清單（民營單位無公保清單）及勞保局保險費明細表影本係填報時之必備資料（公保清單請附當月份，勞保局保險費明細表請附上月份），餘各項欄位資料請依據該月之實際情形填寫。

三、貴單位之身心障礙員工如有異動情形，請詳填「異動情形」，並檢附「身心障礙手冊（或證明）」、「勞工保險被保險人年資資料」或「公務人員保險異動名冊」、「退保申報表」等相關資料之影本。

四、有關身心障礙者員工人數核計，依身心障礙者權益保障法第38條規定，以每月1日為起算標準日，2日以後進用者則核入下個月進用之身心障礙員工人數，進用重度身心障礙者，每進用1人以2人核計。

五、本表請妥善保存並自行影印使用，亦可至本處官網：https://fd.gov.taipei/業務服務/身心障礙就業服務/雇主服務/定額進用身心障礙者/相關檔案下載。

六、定額進用相關問題，請逕洽02-23381600轉5303、5305、5306、5308、傳真電話02-23026597。

七、超額進用身心障礙者之私立義務單位可向本處申請獎勵金，相關問題請逕洽02-23381600轉5310、5311、5312。