

**受嚴重特殊傳染性肺炎影響
「自營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 | <input type="checkbox"/> 同戶籍地址者免填下列地址 郵遞區號： 縣 鄉 鎮 村 路 巷 號 樓 市 市區 里 街 段 弄 號 樓 | | | | | | | | | | | 聯絡方式 | 行動電話： 電話：() | | | | | | |

- 本人係自營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：

…… 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

| | | |
|------|----|--------------------------|
| 總行代號 | 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： —

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：02002700A 單位名稱：台北市仲介業職業工會

負責人： 經辦人：

聯絡電話：(02)2518-2896

(單位印章)

收件日期：109 年 月 日