**其他照顧服務提供單位**受嚴重特殊傳染性肺炎影響營運困難停業之補貼申請表

受理

編號

申請日期　　 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請單位名稱 |  | 單位負責人 |  |
| 單位統一編號 |  | 設立許可文號 |  |
| 單位地址 |  | | |
| 聯絡人 |  | 聯絡電話 |  |
| 申請資格  (單位類型) | □依長期照顧服務法設立之：  □居家式服務類長照機構  □社區式服務類長照機構  □綜合式服務類長照機構(未提供住宿服務)  □兒童托育準公共化服務提供者 □托嬰中心 □居家托育人員  □身心障礙者日間服務機構  □身心障礙者家庭托顧服務提供單位(含家庭托顧服務員暫停服務)  □早期療育機構  □經政府委託或補助辦理兒童及少年團體家庭之服務提供單位 | | |
| 申請項目  (可複選) | 補貼停業原因存續期間所應支出之 □基本人事費\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。  □維持費\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。 | | |
| 檢附資料 | □領據。  □人員薪資證明  □人員之勞工保險投保或全民健康保險投保證明。  □各項維持費之證明。  □地方主管機關書面通知停業函影本。  □其他經中央衛生主管機關指定之文件、資料。 | | |
| 其他補充事項 |  | | |
| 是否符合  紓困標準 | □受地方主管機關書面通知停業而業務中斷。  □其他特殊狀況，經中央衛生主管機關或其委任、委託之機關（構）專案認定。 | | |

本單位聲明：

1. 本單位提供真實資料，未曾申請其他政府機關所定紓困措施性質相同之補貼。
2. 本單位因申請基本人事費，承諾不予減薪、裁員並覈實支付酬勞，並配合主管機關查核辦理情形。
3. 以上資料均屬實，如經查證未依用途運用、未實際經營、其他未能符合相關法令及規定，或有隱匿不實或其他不法情事者，本人願負法律責任，無條件同意繳回基本人事費及維持費，並負民事賠償連帶責任。

上述資料經申請單位確認： 申請機構(單位)： （請蓋大小章）

負責人：

中華民國 年 月 日

備註：

1. 實際補貼金額，以中央主管機關核算為準。
2. 申請單位同時具有其他政府機關紓困措施申請資格者，應擇一申請，不得重複。