

# 對受嚴重特殊傳染性肺炎影響民俗調理業紓困補貼申請書

申請日期 109 年 5 月 12 日

受理  
編號 由工會填寫

行業別	<input checked="" type="checkbox"/> 1.傳統整復推拿業 <input type="checkbox"/> 2.按摩業 <input type="checkbox"/> 3.腳底按摩業 <input type="checkbox"/> 4.經絡調理業 <input type="checkbox"/> 5.視障按摩業 (如登記多項業別，請擇一業別申請即可。)															
事業別	<input type="checkbox"/> 1.公司登記 <input checked="" type="checkbox"/> 2.商業登記 <input type="checkbox"/> 3.有限合夥登記 <input type="checkbox"/> 4.小規模商業(有稅籍登記) <input type="checkbox"/> 5.小規模商業(無稅籍登記)								分公司/ 分店	家數						
基本資料	公司/商號 名稱	腳底按摩館				統一編號	16801680									
	公司/商號/有限 合夥登記/ 小規模商 業(有稅 籍登記) 填寫欄	設立登記 日期	108.05.25			營業電話	( 02 ) 1234-1234									
	負責人/ 代表人姓名	王大中				身分證 字號	A	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	登記地址	台北市大安區忠孝東路9段9巷9號														
資料	負責人名稱					身分證 字號										
	店家名稱					營業電話	( )									
	營業地址															
聯絡姓名	陳大吉		手機	0988-888-888			E-mail	8888@gmail.com								
			電話	(02) 8888-8888												
通訊地址	郵遞區號： <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">168</span>															
	台北 縣 信義 鄉鎮 市 區 村 里 中山 路 街 一段 巷 弄 一 號 樓															
填寫欄	一、本事業因受嚴重特殊傳染性肺炎影響發生營運困難，符合下列各項條件，茲申請紓困補貼 新臺幣 <u>3</u> 萬元															
	(一) 109 年 <u>1</u> 月至 <u>109</u> 年 <u>4</u> 月連續 <u>4</u> 個月，其平均營業額為 <u>41,099</u> 元較(以下擇一勾選) <input checked="" type="checkbox"/> 108 年 7-12 月平均營業額 <u>77,430</u> 元，減少 <u>46</u> %。 <input type="checkbox"/> 108 年同期平均營業額 _____ 元，減少 _____ %。															
	(二) 檢附營業額下降達 15% 之佐證資料 <input checked="" type="checkbox"/> 營業稅申報書 <input type="checkbox"/> 財務報表( <input type="checkbox"/> 會計師簽證報告 <input type="checkbox"/> 報稅報表 <input type="checkbox"/> 自編報表 ) <input type="checkbox"/> 資金往來明細( <input type="checkbox"/> 銀行存摺 <input type="checkbox"/> 記帳單 ) <input type="checkbox"/> 其他證明文件(說明: _____ )															
	(三) <input checked="" type="checkbox"/> 未請領經濟部(如:商業服務業薪資補貼及營運資金補貼)、勞動部(如:自營作業者補貼)或其他機關所定性質相同之補貼。 (四) <input checked="" type="checkbox"/> 未請領民俗調理業其他行業別之紓困補貼措施。															
欄	二、本事業 <input checked="" type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 願意受本申請書拘束，並將申請書所填之營業資訊提供給衛生福利部公開於民俗調理業資訊平台使用。															

身分證影本（正反面）



正面黏貼處



反面黏貼處

申請業者簽章

以上各事項均為屬實，如有不實，願負相關法律責任，並返還補貼。

負責人/代表人：王大中



(請蓋事業印章)



(請蓋負責人章)

# 領 據

茲收到貴部補貼本業者因受嚴重特殊傳染性肺炎影響發生營運困難之紓困補貼款項，計新臺幣 萬元整。

此致

衛生福利部

申請事業名稱：**腳底按摩館**

統一編號：**16801680**

負責人/代表人：**王大中**

身分證字號：**A123456789**



(請蓋事業印章)



(請蓋負責人章)

中 華 民 國 年 月 日

..... 申請者存簿封面影本浮貼於此處 .....

※帳戶資料表：請勾選一項給付方式 (請優先提供郵局帳戶)

1. 匯入郵局帳戶

局號：

0	0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---

帳號：

0	0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---



局) \_\_\_\_\_分行(支庫局)  
金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

不足7位者，請在左邊補零。

請分別由左至右填寫完整，位數不足者，不需補零。

三、所檢附郵局或金融機構之存摺封面影本應可清晰辨識金融機構名稱、帳號、戶名等，帳戶名稱須為事業名稱，以免無法入帳。