

【附件 1】

111 年視障按摩據點維運費補助經費申請表

(經營據點之法人或團體)

申請據點 名稱		設立日期	<input type="checkbox"/> 新設 <input type="checkbox"/> 年 月 日		
現場管理人 姓名		行動電話			
營業地址					
申請單位 基本資料	單位全銜：				
	成立日期：				
	統一編號：				
	設立地址：				
	電 話：		傳真電話：		
	電子信箱：				
	代 表 人：				
聯絡電話：					
申請據點 概況	場所 型態	<input type="checkbox"/> 公共場所..... <input type="checkbox"/> 一般店面 營業面積約_____坪。			
		據點內按摩師 總人數			
	按摩師名冊 (需檢附按摩 技術士證影 本,表格如不 敷使用時,請 另外造冊)	姓名	身分證統一編號	聯絡電話	
<p>切結聲明：</p> <p>本視障按摩據點因受嚴重特殊傳染性肺炎影響而發生營運困難，茲申請視障按摩據點維運費補助，申請單位恪遵申請補貼金額均使用於購買據點維運所需物資且應用於視障按摩據點內；如經本府查有虛偽買賣、造假不實者，申請單位將無條件退還已領取之補貼款，並負相關法律責任。</p>					
申請單位：		(用印)			
負責人：		(簽名或蓋章)			
日期：_____年 _____月 _____日					