

## 111 年視障按摩據點維運費補助經費申請表

(經營據點之個人)

按摩據點名稱		設立日期	<input type="checkbox"/> 新設 <input type="checkbox"/> 年 月 日	
聯絡電話	電話： 傳真：	行動電話		
營業地址				
申請人基本資料	姓名：			
	出生日期：			
	身分證統一編號：			
	戶籍地址：			
	聯絡地址：			
	電子信箱：			
按摩據點概況	組織型態	<input type="checkbox"/> 個人經營 <input type="checkbox"/> 合夥經營，合夥人姓名：		
	場所型態	<input type="checkbox"/> 店面 <input type="checkbox"/> 住家（有獨立空間） 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
切結聲明： 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，申請人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；如經查有虛偽買賣、造假不實者，申請人將無條件退還已領取之補貼款，並負相關法律責任。				
申請人：.....簽章				
日期：.....年.....月.....日				