（單位名稱）

**年　　　月 安心即時上工計畫工作津貼經費印領清冊**

請領安心即時上工計畫工作津貼人數 : 人

勞健保費請領月份 : 年 月

職災費率： %、投保級數： 元

造冊人： 電話： 造冊日期：　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 編號 |  |  |  |  |
| 姓　　　名 |  |  |  |  |
| 身分證號碼 |  |  |  |  |
| 通訊地址 |  |  |  |  |
| 工作津貼 | 時 數 |  |  |  |  |
| 單 價 | **158** |  |  |  |
| 應領(1) |  |  |  |  |
| 自付保費 | 勞保(2) |  |  |  |  |
| 健保(3) |  |  |  |  |
| 實領津貼(4) (4)=(1)-(2)-(3) |  |  |  |  |
| 簽　章 |  |  |  |  |
| 單位負擔 | 勞保(5) |  |  |  |  |
| 健保(6) |  |  |  |  |
| 經費合計(7) (7)=(1)+(5)+(6) |  |  |  |  |
| 備 註(到/離職日期) | 起 :迄 : | 起 :迄 : | 起 :迄 : | 起 :迄 : |
| 加保生效日(應同到職日) |  |  |  |  |
| 經費總計：新臺幣　　　　　　　　　　　　　　　　　元整（請以國字大寫書寫） |
|  業務 經辦： | 業務主管： | 主計(會計)經辦： | 主計(會計) 主管： | 機關（構）／單位負責人： |

**註：本表應每月15日前回傳公立就業服務機構**