

**受嚴重特殊傳染性肺炎影響  
「自營作業或無一定雇主之勞工生活補貼」申請書**

**勞工保險局** 申請日期 109 年 月 日 **受理編號** \_\_\_\_\_

申請人姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 身分證統一編號 \_\_\_\_\_

通訊地址  同戶籍地址者免填下列地址  
 郵遞區號：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 縣 鄉鎮 村 路 巷 弄 號 樓  
 市 市區 里 街 段 弄 號 樓  
 聯絡式 行動電話：\_\_\_\_\_  
 電話：( ) \_\_\_\_\_

資料填寫欄  
 本人係自營作業或無一定雇主之勞工，且符合下列各項條件：  
 1. 具中華民國國籍。  
 2. 109年3月31日已於職業工會參加勞工保險，且申請補貼時仍於職業工會在保中。  
 3. 109年3月之月投保薪資為新臺幣2萬4千元(含)以下。  
 4. 107年度個人綜合所得總額未達綜合所得稅課稅標準(新臺幣40萬8千元)  
 5. 不符合交通部、文化部等其他機關所定性質相同之補助、補貼或津貼。  
**以上所述事實均為屬實，如有不實，願負相關法律責任，並返還補貼。**  
 申請人簽名或蓋章： \_\_\_\_\_

撥款方式（請勾選一項）  
**…… 請將申請人之存簿封面影本浮貼於此處 ……**  
 ※金融機構（不含郵局）及分支機構名稱請完整填寫，存簿之總代號及帳號，請分別由左至右填寫完整，位數不足者，不須補零。  
 ※郵政存簿儲金局號及帳號（均含檢號）不足七位者，請在左邊補零。  
 ※所檢附金融機構或郵局之存簿封面影本應可清晰辨識，帳戶姓名須與勞保局加保資料相符，以免無法入帳。  
 匯入申請人在金融機構之存簿帳戶 金融機構名稱：\_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 分行 \_\_\_\_\_  

總行代號	帳號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)
_____	_____	_____

 匯入申請人在郵局之存簿帳戶 局號：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 帳號：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

職業工會檢覈欄  
**以下欄位由職業工會填寫**  
**以上各項申請人個人資料經本工會檢覈確實無訛。**  
 勞工保險證號：\_\_\_\_\_ 單位名稱：\_\_\_\_\_  
 負責人：\_\_\_\_\_ 經辦人：\_\_\_\_\_  
 聯絡電話：\_\_\_\_\_  
 收件日期：109年 月 日  
  
 (單位印章)