臺中市長期照顧十年2.0整合型計畫-交通服務獎助人力及車輛清冊

機構全銜: 填表日期：114年〇月〇日

|  |
| --- |
| **表一 獎助人力清冊** |
| 職稱 | 姓名 | 出生年月日 | 身分證字號 | 聘任情形 | 職務內容 | 到職年月日 | 職業駕照種類(駕駛員必填) | 備註(異動人員需載明到離職日期及申報獎助日期) |
|  |  | 〇年〇月〇日 |  | 󠇁專職󠇁  |  | 〇年〇月〇日 |  |  |
|  |  | 〇年〇月〇日 |  | 󠇁專職 |  | 〇年〇月〇日 |  |  |
|  |  | 〇年〇月〇日 |  | 󠇁專職 |  | 〇年〇月〇日 |  |  |
|  |  | 〇年〇月〇日 |  | 󠇁專職󠇁  |  | 〇年〇月〇日 |  |  |
|  |  | 〇年〇月〇日 |  | 󠇁專職 |  | 〇年〇月〇日 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **表二 長照交通車輛清冊** |
| 類別 | 車牌號碼 | 出廠年月 | 行照有效日期 | 長照特約交通車輛 | 營運規劃情形 | 福祉車(固定帶、滅火器、急救設備、行車紀錄器、車輛車側階梯踏板、全球衛星定位系統GPS) | 車輛保險(須投保「強制汽車責任保險/車輛第三人責任險/乘客責任險/其他相關保險」 |
| □自用□租賃 |  | 〇年〇月 | 〇年〇月〇日 | □是□否 | □是，申請計畫補助□否，單位自籌經費 | □是 □否  | □是 □否 |
| □自用□租賃 |  | 〇年〇月 | 〇年〇月〇日 | □是□否 | □是，申請計畫補助□否，單位自籌經費 | □是 □否  | □是 □否 |
| □自用□租賃 |  | 〇年〇月 | 〇年〇月〇日 | □是□否 | □是，申請計畫補助□否，單位自籌經費 | □是 □否  | □是 □否 |
| □自用□租賃 |  | 〇年〇月 | 〇年〇月〇日 | □是□否 | □是，申請計畫補助□否，單位自籌經費 | □是 □否  | □是 □否 |
| □自用□租賃 |  | 〇年〇月 | 〇年〇月〇日 | □是□否 | □是，申請計畫補助□否，單位自籌經費 | □是 □否  | □是 □否 |
|  (機構全銜)提列本獎助人力及車輛清冊，申請補助款項時，應本誠信原則對所提出申請資料陳述內容事實與真實性負責，如有不實，願接受貴局追回已核撥支補助費用等，並負法律責任，各切結事實無訛。且均未向其他單位及人員申請補助。**單 位 圖 記**此致臺中市政府衛生局製表人： 業務主管： 單位負責人： |