

財團法人**縣私立**教養院（全銜）

104 年度申請身心障礙者教養機構服務費 補助額度試算表

第 9 次評鑑等第：

乙等

加成或備註：

0%

服務費申請補助別	每類單月補助額 (1)	補助月數 (2)	補助人數 (3)	小計(A)= (1)*(2)*(3)	備註
甲	12,000	12		0	
乙	11,000	12		0	
丙	9,600	12		0	
丁	4,800	12		0	
戊	3,200	12		0	
小計(A)				0	
服務人員年終獎金之全民健康保險補充保費 (B)	服務人員單月補助總額 (以接受補助人數計算) = (1)*(3)	預估核發年終獎金月數	補充保費費率	小計(B) = (1)*(3)*1.5*0.02	
		1.5	0.02	0	
合計=(A)+(B)				0	

填表說明：

1. 本表係「申請名冊」之摘要及補助額度試算，請先輸入第 8 次全國身心障礙福利機構評鑑成績，並依「申請名冊」自行計算各補助別（甲類至戊類）之申請人數及月數，填入本表。各類人員之輸入列不足時，可自行插入資料列。
2. 申請單位輸入資料限於未加網底欄位。
3. 本表「補助人數」之「合計」應等於或大於（年中始提出申請，部分職缺有異動遞補時）「補助員額表」之「合計」。
4. 服務人員年終獎金之全民健康保險補充保費，僅就本署依各類別補助金額之 1.5 個月為上限，核銷時，未達 1.5 個月者，以實際發放金額計算。補充保費之計算方式：本年度申請服務費補助人員之補助金額*年終獎金發給月數(以 1.5 個月為上限)*0.02 計算，請檢附核發年終獎金印領清冊。(例：服務人員單月薪資補助金額總額 80 萬元*1.5 月*0.02 費率=最高申請補助 24,000 元)