**薪資簽領單**

單位名稱：

計畫編號：

計畫名稱：

職位名稱：

補助人員變更情形(請填寫本年度人員變更情形，若均未變更，僅需填寫第一欄)：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 變更次數 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 人員姓名 |  |  |  |  |
| 身份證字號 |  |  |  |  |
| 在職期間 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月份 | 姓名 | 給付金額 | 代扣項目 | 實付金額 | 簽領人（簽名或蓋章） | 說明 |
| 薪俸 | 社工師或證照加給或單位加給 | 自付勞保費 | 自付健保費 |
| 社會局 | 自籌 | 社會局 | 自籌 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年終 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本期金額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 累計金額 |  |  |  |  |  |  |  |
| 備註 | 單位名稱 | 累計金額 | 比率（％） |
| 臺中市政府社會局 |  |  |
| 單位自籌 |  |  |

1. 受補助單位執行補助計畫及經費，有自籌款或申請補助資料編列不實或造假情事、未依用途或虛報、浮報等情況，得依情節輕重停止補助一年至五年。有虛報、或浮報之情形者，並應繳回已補助之經費。
2. 為維繫專業人員士氣與勞動權益，展現組織責信，人事費補助款應如實給薪、核銷。**如有不當使用或強迫回捐情事，須負相關法律責任。**

業務單位： 　 會計單位： 　　 單位主管：

中華民國　 　年　　月　　日