

文化部對受嚴重特殊傳染性肺炎影響發生營運困難產業事業 補助申請表 (藝文艱困事業)	
團隊/ 公司名稱	
營利事業統 一編號	
投保單位保 險證號	(請填寫公司完整且正確之投保單位保險證號。若無保險證號者，其規模以一人計)
設立地址/ 通訊地址	
負責人	姓名： 身分證統一編號： 電話/手機： E-mail:
聯絡人	姓名： 電話/手機： E-mail:
主要營業項 目	說明(請於 150 字內說明)
申請類型	<p>請就下列事務選取一項主要類別：</p> <p> <input type="checkbox"/>出版事業 <input type="checkbox"/>實體書店 <input type="checkbox"/>工藝 <input type="checkbox"/>視覺藝術 <input type="checkbox"/>表演藝術 <input type="checkbox"/>藝術支援 <input type="checkbox"/>電影映演 <input type="checkbox"/>廣播電視製作 <input type="checkbox"/>電影製作 <input type="checkbox"/>流行音樂展演 <input type="checkbox"/>博物館 <input type="checkbox"/>地方文化館 <input type="checkbox"/>社區營造 <input type="checkbox"/>有形文化資產 <input type="checkbox"/>無形文化資產 <input type="checkbox"/>傳統戲曲及陣頭 </p>
申請文件	<p><input type="checkbox"/>申請表(附件 3-1：艱困事業類申請表)</p> <p><input type="checkbox"/>中華民國國民身分證正反面影本或其他身分證明影本。</p> <p><input type="checkbox"/>設立登記或立案證書影本</p> <p><input type="checkbox"/>110 年 4 月全職員工人數：以 110 年 4 月 30 日之投保全職員工人數認定，不含部分工時者(如附件 3-2 全職員工清冊)</p> <p>※1.雇用員工人數應檢附勞保被保險人名冊、月末投保人數或其他證明文件等；5 人以下公司無成立投保單位者，請提供就業保險投保人數之資料；無員工者，免附。</p> <p>2.若雇用人員包含持有我國發給外僑永久居留證之外國人，應同時</p>

	<p>檢附永久居留證正反面影本及工作許可證明影本。</p> <p><input type="checkbox"/>營業額或收入衰退達 50%證明文件。</p> <p><input type="checkbox"/>銀行存摺封面影本</p>
雇用人數	110 年 4 月 30 日雇用全職員工數_____人。
營業額衰退證明文件(因應所勾選之衰退情形提供即可)	<p>請檢附下列證明文件之一：</p> <p><input type="checkbox"/>營業人銷售額與稅額申報書(401、403)。</p> <p><input type="checkbox"/>經國稅局核定之調降查定銷售額證明文件(405)。</p> <p><input type="checkbox"/>各單月自結營收報表(附件 3-3)及其他證明文件。</p> <p><input type="checkbox"/>電影片映演業之營業衰退情形由影視局依票房系統之票房資料為證明文件。</p>
<p>聲明事項：</p> <p>一、本事業瞭解本申請須知內容，並願意受其拘束。</p> <p>二、本事業同意下列事項：</p> <p>(一)不可有解散或歇業、不可違反勞工相關法律且情節重大，即受勞動主管機關裁處，且裁罰金額累計逾 50 萬元之情事。</p> <p>(二)不可重複受領其他政府機關之紓困補貼。</p> <p>(三)離職員工不得達以下各款人數：</p> <p>1.員工人數未滿 200 人者，離職員工人數逾員工人數 1/6。</p> <p>2.員工人數 200 人以上未滿 500 人者，離職員工人數逾員工人數 1/8。</p> <p>3.員工人數 500 人以上者，離職員工人數逾員工人數 1/10。</p> <p>(四)不得有依產業創新條例第 46 條之 1 規定公告之工業區閒置土地清冊之土地所有權人，但不含屬閒置土地繼受人經認定於法定期間有積極建廠事實者。</p> <p>(五)不得有工廠管理輔導法第 28 條之 1 第 1 項規定之新增未登記工廠。</p> <p>三、本事業有下列各款情形之一者，文化部得撤銷或廢止補貼，並追回已撥付之全部或一部款項：</p> <p>(一)同一申請事實重複申請</p> <p>(二)提供虛偽不實之文件、資料或對重要事實隱匿</p> <p>(三)違反核准處分之附款</p> <p>(四)違反本辦法規定</p> <p>四、以上所提說明均為屬實，如有虛偽不實，願依相關法令規定辦理。</p>	

申請事業：



(請蓋事業印鑑章)(代表人簽名或蓋章)

中華民國 110 年 月 日

保險證號：

單位名稱：

中華民國 110 年 4 月份

序號	姓名 (中文/ 英文)	身分證統一編 號/永久居留證 統一證號	出生日 期	投保薪資	最近 異動別	最近 異動日期	特殊身分別			保費	
										個人負擔	單位負擔
1											
2											
3											
4											
5											
6											

註 1：表格得依實際情形自行擴充。

註 2：本清冊應僅表列全職員工，並以 110 年 4 月 30 日之投保全職員工人數認定，不含部分工時者。

註 3：若員工為外國籍，請於身分證統一編號欄位填寫永久居留證統一證號，若雇用人員包含持有我國發給外僑永久居留證之外國人，應同時檢附永久居留證正反面影本及工作許可證明影本。

代表人：

代表人簽名或蓋章)

中華民國 110 年 月 日

_____ (事業名稱)

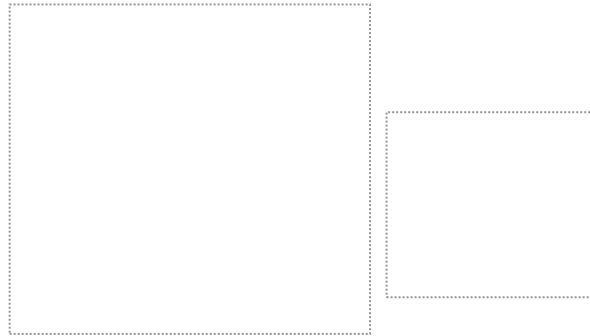
自結營收報表

中華民國_____年____月份

單位：新臺幣元

科目名稱	金額
營業收入	

代表人：

Two dashed rectangular boxes are provided for the representative's signature and official stamp. The larger box on the left is intended for the signature, and the smaller box on the right is intended for the official seal or stamp.

(請蓋事業印鑑章) (代表人簽名或蓋章)

中華民國 110 年 月 日