

中華民國 108 年 3 月 21 日

勞動部令

勞職授字第 10802006391 號

修正「勞動部職業安全衛生署補助企業改善工作環境及促進職場勞工身心健康作業要點」第六點及第二點附表一、第四點附表三、附表五、第五點附表六、格式一、格式四至格式六，並自即日生效。

附修正「勞動部職業安全衛生署補助企業改善工作環境及促進職場勞工身心健康作業要點」第六點及第二點附表一、第四點附表三、附表五、第五點附表六、格式一、格式四至格式六

部 長 許銘春

勞動部職業安全衛生署補助企業改善工作環境及促進職場勞工身心健康作業要點  
第六點及第二點附表一、第四點附表三、附表五、第五點附表六、格式一、格式四  
至格式六修正規定

六、本要點補助之審查及請撥作業如下：

- (一) 專業機構受理申請後，應按收件之先後，依序編號登記，審核其資格條件及補助項目等，逐案完成審查。
- (二) 專業機構為辦理補助申請案之審查，得洽詢專家學者或本署委託設置之勞工健康服務中心提供意見；必要時，並得至現場勘查，申請補助之事業單位應予配合。
- (三) 經專業機構或本署審查後，認申請單位有補充說明或提出相關文件之必要者，得通知其於五工作天內補正；逾期未補正者，得不予補助。
- (四) 專業機構應定期將申請案件相關資料送本署核定，並辦理經費核銷及撥款事宜。請撥經費所應檢附之支出憑證，應依支出憑證處理要點規定辦理，並應詳列支出用途，列明全部實支經費總額、本署補助金額及自籌款。
- (五) 專業機構應於每年十一月十五日前，將年度經費報告及不符合申請資格者，敘明理由列冊送本署備查。
- (六) 本署為辦理補助申請之核定、經費核銷與撥款事宜，得視需要設置審查小組，召開會議辦理審查事宜；審查小組設召集人、副召集人各一人，由本署指派，並聘請具職業醫學、職業衛生及健康等相關專業技術之學者、專家至少三人擔任委員；必要時，並得至現場查驗。

附表一 補助對象分類與條件

分類	條件
甲	勞工人數在 199 人以下，且一年內曾接受本署委託設置之勞工健康服務中心或其他相關計畫現場訪視輔導者。
乙	本署勞工健康服務專案輔導計畫之中高齡勞工健康服務或健康伙伴合作示範企業、本部勞動及職業安全衛生研究所人因工程改善輔導之示範企業。
丙	本署專案輔導計畫推動中之健康家族或安衛家族之核心企業、健康伙伴合作企業。
丁	未達勞工健康保護規則所定規模及性質，僱用或特約從事勞工健康服務之醫護人員，辦理臨場健康服務，每次服務達二小時，且留存執行紀錄者。

附表三 工作環境改善類、職場勞工身心健康促進活動或措施類之補助標準及金額

補助對象 分類	補助標準 (依申請補助所 提報經費計算之 最高補助比率)	補助金額(新臺幣)			
		工作環境改善類		職場勞工身心健康促 進活動或措施類	
		每件申 請案之 最高補 助金額	同一申請 單位當年 度最高補 助金額	每件申請 案之最高 補助金額	同一申請 單位當年 度最高補 助金額
甲	勞工人數在 50 人 以上，199 人以下 者：60%。	三十萬元	五十萬元	四萬元	十萬元
	勞工人數在 49 人 以下者：80%。				
乙	80%	同上。但有特殊需 求，事前由本署計畫 委託單位或本部勞動 及職業安全衛生研究 所提出，並報經本署 核准者，不在此限， 惟當年度最高補助金 額不得超過一百萬 元。		同上。但有特殊需求， 事前由本署計畫委託單 位提出並報經本署核准 者，不在此限，惟當年 度最高補助金額不得超 過二十萬元	
丙	60%，但勞工人 數在 49 人以下 者：80%。				

附表五 臨場健康服務類之補助標準及金額

補助對象	補助標準		補助金額 (新臺幣)
	補助臨場 健康服務 之最高次數	同一申請單位 當年度補助臨 場健康服務之 最高次數	
勞工人數在 50 人以上， 199 人以下 者	每月 2 次	24 次	每次臨場健康服 務補助金額，護 理人員或勞工健 康服務相關人員 最高不超過一千 五百元，醫師最 高不超過四千 元。
勞工人數在 49 人以下者	每月 1 次	12 次	

註：以僱用方式配置專職醫護人力，提供勞工健康保護規則第 10 條至第 12 條服務者，每月最高補助該人力薪資之三分之一(應另檢附專職辦理勞工健康服務相關工作之證明、勞工健康服務計畫及執行成果報告書)。

附表六 勞動部職業安全衛生署補助企業改善工作環境及促進職場勞工  
身心健康申請文件自主查核表

應附之文件	應確認之內容	自我查核
格式一	1.單面列印	
	2.申請單位基本資料是否已填列完整	
	3.申請單位大小章是否已用印	
格式二	1.單面列印	
	2.正本，或與正本相符發票影本是否註明無法提出正本之原因及加蓋經手人簽章（不重疊黏貼，空間不足時請以空白A4紙黏貼）	
	3.負責人或授權代簽人、主辦會計、財產登記保管單位等欄位，是否已用印	
	4.金額是否已填（應為發票含稅金額）	
格式三	1.單面列印	
	2.領款單位基本資料與帳戶資料是否已填完備	
	3.領款單位、負責人是否已用印	
格式四	1.單面列印	
	2.申請單位資料是否已填完整並用印	
	3.申請單位與負責人是否已用印	
格式五	工作環境改善與職場勞工身心健康促進活動或措施計畫及執行成果報告	
格式六	臨場健康服務之執行紀錄	
其他證明資料或文件	1.工廠、公司、商業登記或經各該目的事業主管機關許可立案之證明文件影本	
	2.最近一期納稅證明影本	
	3.勞保投保人數證明影本	
	4.本署委託設置之勞工健康服務中心或其他相關計畫現場訪視輔導之建議報告影本、本部勞動及職業安全衛生研究所委託單位之人因工程改善輔導，或推動安衛家族相關活動資料或健康伙伴合作企業之證明資料。	
	5.僱用或特約醫護人員、勞工健康服務相關人員之證明文件影本(投保資料或契約影本)	
	6.醫護人員或勞工健康服務相關人員具勞工健康保護規則第七條規定資格之證明文件影本	
	7.撥款帳戶影本	
	8.其他，如：職業安全衛生管理人員證書影本及報備憑證(依規定免報備者則免附報備憑證)、專職辦理勞工健康服務相關工作之證明、勞工健康服務計畫及執行成果報告書等。	

## 格式一

## 勞動部職業安全衛生署

## 補助企業改善工作環境及促進職場勞工身心健康補助經費申請表

填表日期： 年 月 日		※收件序號：_____	
		收件時間： 年 月 日 時 分	
		※ <input type="checkbox"/> 資料齊全	
		<input type="checkbox"/> 資料不齊，通知補件	
		時間 月 日 時 分	
申請單位基本資料	事業單位全銜	負責人	
	事業單位地址		
	行業別：	統一編號	
	經常僱用員工數 (請依所提送勞保投保人數填寫)	_____人(男_____人；女_____人)	
	申請案聯絡人	職稱	
	聯絡電話	傳真	
	曾獲本部國家工安獎或國家職業安全衛生獎之企業標竿獎、中小企業安全衛生特別獎者。 <input type="checkbox"/> 是(民國_____年) <input type="checkbox"/> 否		
申請項目及金額	一、申請補助項目(得複選): <input type="checkbox"/> 1. 工作環境改善類 <input type="checkbox"/> A. 工作環境、製程及設施之改善 <input type="checkbox"/> B. 人因工程硬體之改善 <input type="checkbox"/> C 其它與工作相關疾病預防有關之工作環境改善事項，說明： _____ <input type="checkbox"/> 2. 職場勞工身心健康促進活動或措施類 <input type="checkbox"/> 3. 臨場健康服務類 二、申請補助對象(僅申請臨場服務類者，無須勾選): <input type="checkbox"/> 甲類 <input type="checkbox"/> 乙類 <input type="checkbox"/> 丙類 總計申請補助新臺幣金額 NT\$_____元，雇主負擔金額 NT\$_____元		
※審核情形	審核結果：( )符合條件( )不符條件，理由： _____ ※申請補助金額：合計新臺幣 萬 千 百 十 元整 ※審核單位及人員(簽章) ※核定補助金額：合計新臺幣 萬 千 百 十 元整		
申請單位切結書	切結書：茲聲明以上記載及所附文件均完全屬實，有虛假或有重複申領補助款情事者，願負一切法律責任，並退還所有補助款項，絕無異議。 申請單位名稱： (蓋印) 負責人： (蓋印) 申請日期：中華民國_____年_____月_____日		

紙張格式：A4 ※欄內申請人請勿填寫。

\_\_\_\_\_(申請單位名稱) 申請勞動部職業安全衛生署  
\_\_\_\_年度企業工作環境改善及促進職場勞工身心健康補助經費報告表

補助項目	申請補助金額	支出費用			合計	單據編號	說明
		職安署補助金額	自籌款	其他補助金額(請另於說明欄敘明機關名稱、補助項目)			
總計							

※單位主管：


格式五

○○○○○(申請單位全銜)

工作環境改善與職場勞工身心健康促進  
活動或措施計畫及執行成果報告  
(封面)



# 一、事業單位基本資料

申請廠商名稱			
申請廠商地址			
公司負責人		申請人	
電話 ( )		傳真 ( )	
行業別		主要營運項目	
曾接受相關補助	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有 (1) 補助年度:      年 (2) 補助項目及說明: (如: 補助項目與名稱、改善設備、樓層或位置等) (3) 受補助金額:                      元		
職業安全衛生 組織說明	事業分類	規模(勞工人數)	設置安全衛生人員情形
	第__類事業	<input type="checkbox"/> 未滿 30 人 <input type="checkbox"/> 30 人以上未滿 100 人 <input type="checkbox"/> 100 人以上未滿 300 人 <input type="checkbox"/> 300 人以上未滿 500 人 <input type="checkbox"/> 500 人以上者	1. __種業務主管__人 2. 職業安全(衛生管)理員__人 3. 職業安全(衛生)管理師__人
公司簡介 及 工作內容或製程說明	公司簡介:  工作內容或製程流程與說明: 		

## 二、計畫內容與實施方式

(本表單請填寫單一申請項目，不足請自行增列使用)

工作環境改善類計畫說明				
改善項目	<input type="checkbox"/> 新設置 <input type="checkbox"/> 汰換	改善_____區域_____設備： <input type="checkbox"/> 工作環境、製程及設施之改善( <input type="checkbox"/> 聲、 <input type="checkbox"/> 光、 <input type="checkbox"/> 氣、 <input type="checkbox"/> 溫濕度) <input type="checkbox"/> 人因工程硬體之改善 <input type="checkbox"/> 其它與工作相關疾病預防有關之工作環境改善事項 完成改善時間：____年____月____日		
1 改善 規劃 及 效益	改善原因	(說明工作場所中噪音、採光照明、危害性化學品、有機溶劑、粉塵、高溫、人因等危害類型需要改善現況原因)		
	改善目標			
	改善方式			
		請檢附 1. 報(估)價單 2. 工程設計圖或設備設計書 3. 輔導建議改善報告 4. 其他:如操作手冊等，相關詳細資料可附於本報告書		
	量化效益	增加本國就業 _____人 (本國____人；外勞____人；原住民____人)	增加產值 _____千元	新增投資額 _____千元
	非量化效益	(以 150 字為限或分析圖表說明改善後公司形象、製程環境、員工滿意度調查與人才培育等成果)		

2 量 測 數 據	請填寫下表，並檢附作業環境監測報告或相關量測資料(符合勞工作業環境監測實施辦法之監測項目，應實施監測)：			
	監(量)測地點	監(量)測項目	監(量)測結果	
			改善前	改善後
*本表格不足請自行增加				
3 現 場 照 片	改善前			
		說明：	說明：	
	改善後			
		說明：	說明：	
4 改 善 成 果				

(本表單請填寫單一申請項目，不足請自行增列使用)

職場勞工身心健康促進活動或措施計畫說明		
改善項目	<input type="checkbox"/> 重複性作業促發肌肉骨骼疾病預防 <input type="checkbox"/> 異常工作負荷促發疾病預防 <input type="checkbox"/> 執行職務遭受不法侵害預防 <input type="checkbox"/> 特殊族群健康保護：_____	
1 改善 成果	改善原因	
	改善目標	
	改善方式	檢附 1. 健康風險評估及危害辨識資料 2. 輔導建議改善報告 3. 講師(專家出席)費收據 4. 報(估)價單 5. 其他_____
	改善效益	(以 250 字為限或分析圖表說明改善後公司形象、員工滿意度調查與人才培育等成果)

2 現 場 照 片	改善前		
		說明：	說明：
	改善後		
		說明：	說明：

## 格式六

## 臨場健康服務之執行紀錄

一、作業場所基本資料	
部門名稱：	
作業人員	<input type="checkbox"/> 行政人員：男____人；女____人； <input type="checkbox"/> 現場操作人員：男____人；女____人
作業類別與人數	<input type="checkbox"/> 一般作業：人數：____ <input type="checkbox"/> 特別危害健康作業：類別：____人數：____
二、作業場所與勞動條件概況：工作流程(製程)、工作型態與時間、人員及危害特性概述	
三、臨場健康服務執行情形(勞工健康保護規則第十條至第十二條事項，可複選)： <input type="checkbox"/> 勞工體格(健康)檢查結果之分析與評估。 <input type="checkbox"/> 協助選配勞工從事適當之工作：____名。 <input type="checkbox"/> 健康檢查結果異常者之追蹤管理及健康指導：____名。 <input type="checkbox"/> 高風險勞工之評估及個案管理：____名。 <input type="checkbox"/> 工作相關傷病之預防、健康諮詢：____名。 <input type="checkbox"/> 協助辨識與評估工作場所環境、作業及組織內部影響勞工身心健康之危害因子，並提出改善措施或改善規劃之建議。 <input type="checkbox"/> 協助調查勞工健康情形與作業之關連性。 <input type="checkbox"/> 協助提供復工勞工之職能評估、職務再設計或調整之諮詢及建議。 <input type="checkbox"/> 其他：	
四、改善及建議採行措施：	
五、執行人員及日期(僅就當次實際執行者簽章) <input type="checkbox"/> 勞工健康服務之醫師，簽章____ <input type="checkbox"/> 勞工健康服務之護理人員，簽章____ <input type="checkbox"/> 勞工健康服務相關人員，簽章____ <input type="checkbox"/> 職業安全衛生人員，簽章____ <input type="checkbox"/> 人力資源管理人員，簽章____ <input type="checkbox"/> 其他，部門名稱____，職稱____，簽章____ 執行日期：____年____月____日 時間：____時____分 迄 ____時____分	