

臺中市議員委託本會辦理勞保、健保、勞退加保申請表

112 年版

議員姓名	
------	--

公費助理加保名單

1	姓名 _____	助理簽名 _____	勞工退休金提繳率 _____ % (不提繳者請填寫 0%)
2	姓名 _____	助理簽名 _____	勞工退休金提繳率 _____ % (不提繳者請填寫 0%)
3	姓名 _____	助理簽名 _____	勞工退休金提繳率 _____ % (不提繳者請填寫 0%)
4	姓名 _____	助理簽名 _____	勞工退休金提繳率 _____ % (不提繳者請填寫 0%)
5	姓名 _____	助理簽名 _____	勞工退休金提繳率 _____ % (不提繳者請填寫 0%)
6	姓名 _____	助理簽名 _____	勞工退休金提繳率 _____ % (不提繳者請填寫 0%)
7	姓名 _____	助理簽名 _____	勞工退休金提繳率 _____ % (不提繳者請填寫 0%)
8	姓名 _____	助理簽名 _____	勞工退休金提繳率 _____ % (不提繳者請填寫 0%)

自願提繳勞工退休金提繳率最高 6%，由公費助理於上表提繳率自行填寫。

請 勾 選 (請打✓)

同意委託本會辦理**助理**勞保、就保、職保、健保、勞退

此 致

臺 中 市 議 會

議 員：

(親自簽名)

中 華 民 國 年 月 日

備註：

- 一、本會收到申請表，於右下角加蓋經辦單位收訖章，一份發還議員留存，一份由經辦單位保管。
- 二、同意由本會辦理者，將於助理每月薪資**代扣**勞(就)保、健保自付額及勞工退休金。
- 三、**郵寄地址：臺中市市政北一路 56 號行政室或傳真本會行政室** (傳真：04-22591326)

經辦單位收訖章

(收訖章)