

臺南市身心障礙者參加社會保險不列入媒體交換或放棄補助申請書

申請日期： 年 月 日 99年3月修訂

身 心 障 礙 者	姓 名			身分證字號		
	生 日	民國	年	月	日	障礙類別及等級 _____障 ☐ 極重度、重度 ☐ 中度 ☐ 輕度
	戶籍地址	臺南市 區 路(街) 段 巷 弄 號 樓之				
	聯絡電話					
代 理 人	姓 名		身分證字號		電話	
	與身心障礙者關係					
申 請 項 目 (請勾選)	1. ☐ 本人同意自 ____年____月起個人基本資料不列入媒體資料交換(自申請當月起不予按月減免保險費,須繳交全額保險費;請於年底12月10前檢附相關文件,向社會局申請減免保險費之補助)。					
	2. ☐ 本人同意自 ____年____月起放棄社會保險費補助(自申請當月起不予補助保險費,須繳交全額保險費,爾後申請回復補助時,不得追溯放棄期間之補助費)。					
	3. ☐ 本人同意自 ____年____月起恢復列入媒體資料交換(自申請當月起保險費補助按月於自付保險費中逕行扣抵)。					
不列入媒體者保費補助注意事項	申請不列入媒體資料交換者,請年底12月10前檢附下列文件,向社會局提出申請: (一) 不列入媒體資料交換申請書。 (二) 身心障礙手冊(證明)正反面影本。 (三) 戶口名簿影本。 (四) 申請人私章(委託代辦者,需另檢附代辦人身分證及印章)。 (五) 申請人指定之郵局或市庫代理銀行存摺影本。 (六) 當年度投保單位開立之自付保險費證明或金融單位收據正本。					
本人已詳閱本表並確實填寫(提供)資料無誤,如有不實,除停止本補助外,已撥付之款項應全數繳回,並願負一切法律責任。 申請人簽章: _____ 代理人簽章: _____						