

## 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 109年8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 <input type="checkbox"/> 極重度、重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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)。					
	2. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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	一、申請不列入媒體資料交換時,檢附文件: (一) 填寫不列入媒體資料交換申請書。 (二) 身心障礙證明正反面影本。 (三) 身分證正反面影本。 (四) 申請人私章(委託代辦者,需另檢附代辦人身分證及印章)。					
	二、申請不列入媒體資料交換之自付保險費補助時,檢附文件: (一) 身心障礙證明正反面影本。 (二) 身分證正反面影本。 (三) 申請人指定之郵局或市庫代理銀行存摺影本。 (四) 當年度投保單位開立之自付保險費證明(亦可至健保署《各區服務處》索取繳費明細及至勞保局索取投保明細)或繳費收據正本。 (五) 領據(請填身心障礙者基本資料即可)。					
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。另應補助未予補助案件,自得補助未予補助案件,自得補助之日起,超過二年未發現者,不予補助。						
申請人簽章: _____			代理人簽章: _____			