

屏東縣身心障礙者社會保險申請或放棄媒體交換及補助申請書

申請日期： 年 月 日

申請人	姓名			身分證統一編號			
	生日	民國	年	月	日	障礙類別等級	類(障) 度
	戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	屏東縣	鄉(鎮、市)		路(街)	段 巷 弄 號 樓之
	居住地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址					
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	屏東縣	鄉(鎮、市)		路(街)	段 巷 弄 號 樓之
	聯絡電話	日：	夜：	手機：	傳真：		
代理人	姓名			身分證統一編號			
	與身心障礙者關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他_____ (請填寫)					
被保險類別		(請勾選) <input type="checkbox"/> 軍保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 農保、 <input type="checkbox"/> 國保、 <input checked="" type="checkbox"/> 健保					
申請項目 (請擇一勾選)	1. <input type="checkbox"/> 本人因 <input type="checkbox"/> 就業因素 <input type="checkbox"/> 其它：_____影響本人權益，欲自____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， 社會處 將於辦理補助期間將補助費匯入指定帳戶)。						
	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)。						
	4. <input type="checkbox"/> 異動帳戶資料						
應檢附文件	一、身心障礙相關證明文件。 二、申請人或其指定之郵局或本府代理銀行存簿封面影本。 三、投保單位、勞(健)保局開立之自付保險費繳納證明、金融機構繳款收據正本或代由本府統一向保險人查對申請人之投保資料及已繳納保險費紀錄。 四、申請人委託他人代辦者，應檢附受委託人身分證正反面影本。						
不列入媒體者保費補助注意事項	一、務請確實填寫申請表所列各欄位，所檢附資料僅用於本補助審查作業，社會處將依個人資料保護法妥善管理。 二、補助金額以轉帳之方式直接撥款至身心障礙者郵局或本府代理銀行帳戶，帳戶或戶籍若有異動，應主動通知社會處。 三、補助期程：自申請不列入媒體交換當月起補助。1月份至4月份辦理前一年度 保險費補助撥付作業 。 四、補助金額依保險人提供之保險對象投保狀況、應繳保費紀錄核算，並以元為單位，角以下四捨五入。 五、補助標準：(一)極重度及重度身心障礙者其自付保險費全額補助。 (二)中度身心障礙者其自付保險費補助二分之一。 (三)輕度身心障礙者其自付保險費補助四分之一。 六、有下列情形之一者，不予保險費補助，已予補助者，應予追回。 (一)未依各該社會保險法令規定投保者。 (二)未依規定提出相關文件或其他必要物件者。 (三)已依其他法令取得同一種保險費補助者。 (四)以虛偽之證明或其他不當行為取得保險費補助者。 (五)不具「身心障礙者參加社會保險保險費補助辦法」規定之補助資格者。 (六)不具「屏東縣辦理身心障礙者參加社會保險保險費補助作業規定」之補助資格者。						
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，且願負一切法律責任。並同意社會處得查調相關戶籍、社會保險保險費等資料據以審核。							
申請人簽章：_____				代理人簽章：_____			
洽辦單位：屏東縣政府社會處身心障礙者福利科(屏東市自由路527號) 聯絡電話：08-7320415 轉 5383							

帳
戶
資
料

申請不列入媒體資料交換或異動帳戶資料者須檢附（申請項目是 2 或 3 者免附）

此處請黏貼郵局或本府代理銀行存摺影本（必須有帳戶名、帳戶號）

身
障
相
關
證
明
文
件