

# 彰化縣身心障礙者參加社會保險保險費補助方式變更申請書

申請日期： 年 月 日

編號：

身心障礙者(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	第____類____度	
	參加社會類別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 軍保 (本欄可複選)				
	戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 彰化縣 鄉(鎮、市) 路(街) 段 巷 弄 號 樓之				
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉(鎮、市) 路(街) 段 巷 弄 號 樓之				
聯絡電話	市話：		手機：			
受委託人	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)				
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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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)。					
	3. <input type="checkbox"/> 本人同意自____年____月起 <input type="checkbox"/> 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)。					
	4. <input type="checkbox"/> 變更帳戶資料					
應檢附資料	一、申請人之 <u>身障證明</u> 、 <u>身分證</u> 正反面影本。 二、申請人之 <u>印章</u> 。 三、申請人之 <u>郵局</u> 存簿封面影本(申請不列入媒體交換及變更帳戶者須檢附)。 四、委託他人代申請者，應檢附受託人 <u>身分證</u> 正反面影本、 <u>印章</u> 及 <u>委託書</u> (無受委託者免付)。					
不列入媒體交換者保費補助注意事項	一、補助金額以轉帳之方式直接撥款至身心障礙者郵局，帳戶或戶籍若有異動，應主動通知社會局。 二、補助期限：自申請不列入媒體交換當月起補助。1月份至6月份保險費補助於當年度10月底前撥付，7月份至12月份保險費補助於次年度5月底前撥付。 三、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。 四、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。 五、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。					
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社會保險保險費等資料據以審核。					申請人(受委託人) 簽章：	
承辦人	科長		副處長		處長	