

花蓮縣身心障礙者參加社會保險不列入媒體交換申請書

申請日期： 年 月 日

(1091216 修)

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	類別
	戶籍地址	☐ ☐ ☐ 花蓮縣 鄉鎮市 路(街) 段 巷 弄 號 樓之					
	居住地址	☐ 同戶籍地址 ☐ ☐ ☐ 縣 鄉鎮市 路(街) 段 巷 弄 號 樓之					
	聯絡電話	日： 夜： 手機：					
代理人	姓 名			身分證統一編號			電話
	與身心障礙者關係	☐ 本人 ☐ 父母 ☐ 子女 ☐ 配偶 ☐ 其他 (請附身分證影本)					
申請項目 (請擇一勾選)	1. ☐ 本人因 ☐ 就業因素 ☐ 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. ☐ 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	一、補助金額以轉帳之方式直接撥款至身心障礙者之郵局帳戶，帳戶或戶籍若有異動，應主動通知社會處。 二、補助期程：自申請不列入媒體交換當月起補助。 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。 (六)不具「花蓮縣辦理身心障礙者參加社會保險保險費補助作業要點」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〈代理人〉簽章： _____							
				洽辦單位：花蓮縣社會處社會救助科 聯絡電話：03-8227171 分機 397-399			