

宜蘭縣身心障礙者社會保險(不)列入媒體資料保險費補助變更異動申請書

申請日期： 年 月 日 107年07月修訂

申請人	姓名	<input type="text"/>	身分證字號	<input type="text"/>		
	生日	民國 年 月 日	障礙類別等級	障 度		
	戶籍地址	<input type="text"/> - <input type="text"/> 宜蘭縣 市/鎮/鄉 路(街) 段 巷 弄 號 樓之				
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 其他: <input type="text"/> - <input type="text"/>				
聯絡電話	日：	夜：	手機：	傳真：		
代理人	姓名	<input type="text"/>	身分證字號	<input type="text"/>	電話	<input type="text"/>
	與身心障礙者關係	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 請填寫 (並附身分證影本)				
申請項目	1. <input type="checkbox"/> 自___年___月起個人基本資料不列入媒體資料交換(自當月起不予按月減免保費,須繳交全額保費,本局將於辦理補助期間將補助金額匯入指定帳戶)。					
	2. <input type="checkbox"/> 自___年___月起放棄社會保險費補助(自當月起政府不予補助保費,須繳交全額保費,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"/> 自___年___月起恢復列入媒體交換(自當月起由政府補助保費,並按月於自付保費中逕行扣抵)。					
帳戶資料	申請不列入媒體資料交換或異動帳戶者須檢附(申請2.或3.項者免附) 此處請浮貼郵局存摺影本(須含戶名、帳戶)					
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郵局帳戶。 二、保費補助期程:1月份至6月份保險費補助於當年度10月撥付,7月份至12月份保險費補助於次年度4月撥付。 三、補助金額依保險人或承保機關提供之被保險人投保狀況、應繳保費紀錄核算,並以元為單位,不足整數者(小數點以下)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、保險費補助生效時間,以身心障礙者參加社會保險之投保生效日或領有本縣身心障礙手冊(遷入本縣者以遷入日期為準)之日期,其在後者開始補助。 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。					
本人(代理人)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。 洽辦單位:宜蘭縣政府社會處老人及身心障礙福利科						
申請人(代理人)簽章: _____			<input type="text"/>	(宜蘭市同慶街95號) 聯絡電話:03-9328822		

承辦人：

科長：

單位主管：