

臺中市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

身心障礙者 (申請人)	姓 名			身分證統一編號		
	聯絡電話					
	障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度				
	參加保險類別 (可複選)	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 軍保				
	戶籍地址	臺中市_____區_____里____鄰_____路(街)____段____巷 _____弄____號____樓之____				
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 詳列如下： _____				
匯款帳戶	<input type="checkbox"/> 郵局 <input type="checkbox"/> 其他：_____銀行_____分行 收款行代碼：_____ 帳號：_____, 戶名：_____					
代理人	姓 名			身分證統一編號		
	聯絡電話			關係	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他_____	
申請項目 (請擇一勾選)	<input type="checkbox"/> 不列入媒體 (自申請當月起不予按月減免自付保險費, 須繳交全額保險費) 因影響本人權益, 同意自____年____月起不列入媒體資料交換, 並於年底檢附相關文件, 申請由市府直接補助社會保險費自付額; 使用郵局帳戶者, 則由市府以轉帳方式逕撥入帳戶。					
<input type="checkbox"/> 恢復列入媒體 (自申請當月起保險費補助按月於自付保險費逕行扣除) 本人同意自____年____月起, 恢復列入媒體資料交換。						
<input type="checkbox"/> 放棄補助 (自申請當月起不予補助自付保險費, 須繳交全額保險費, 爾後恢復不得追溯) 本人同意自____年____月起, 放棄各項社會保險補助, 並於下次核計保險費時取消補助, 爾後申請恢復補助時, 不得追溯放棄期間之補助費。						
申請人簽章	<div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 40px;"></div>			代理人簽章	<div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 40px;"></div>	