臺中市身心障礙者社會保險(不)列入媒體交換或放棄補助申請書

申請日期　　年　　月　　日

身心障礙者	姓名		身分證字號	
	聯絡電話			
	等級	☐輕度　☐中度　☐重度　☐極重度		
	戶籍地址	臺中市　　區　　里　　鄰　　路（街） 段　　巷　　弄　　號　　樓		
	參加保險類別	☐健保　☐公保　☐勞保　☐農保　☐軍保　（本欄可複選）		
	簽章			
申請人 (如為身心障礙者本人請填"同上")	姓名		身分證字號	
	聯絡電話			
	通訊地址	臺中市　　區　　里　　鄰　　路（街） 段　　巷　　弄　　號　　樓		
	與身心障礙者關係	☐本人　☐父母　☐子女　☐配偶　☐其他_____(請填明)		
	簽章			
申請事項 (請勾選)	☐本人同意自　　年　　月起放棄各項社會保險補助、並於下次合計保險費時取消補助，爾後申請恢復補助時，不得追朔放棄期間之補助。 ☐本人因_____,影響本人權益,同意自　　年　　月起個人基本資料不列入保險媒體資料交換，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。 ☐本人同意自　　年　　月起恢復身心障礙者社會保險補助。			

匯款帳戶

行庫名稱；_____

解款行代號：_____

戶　　名：_____

帳　　號：_____

(請附金融機構存簿封面影本)

附註：身心障礙手冊、正反面及金融機構存簿封面影本請黏貼於背面