**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** | □輕度 □中度 □重度 □極重度 |
| **參加保險類別****（可複選）** | □健保 □勞保 □農保 □公保 □軍保 |
| **戶籍地址** | 臺中市\_\_\_\_\_\_\_區\_\_\_\_\_\_\_\_里\_\_\_鄰\_\_\_\_\_\_\_\_\_路（街）\_\_\_段\_\_\_巷\_\_\_弄\_\_\_號\_\_\_樓之\_\_\_ |
| **通訊地址** | □同戶籍地址 □詳列如下：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **匯款帳戶** | □郵局 □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** | □父母 □子女 □配偶 □其他\_\_\_\_\_\_\_ |
| **申請項目（請擇一勾選）** | **□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。**□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。**□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** |  | **代理人簽章** |  |

112.08版