**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