

# 苗栗縣身心障礙者個人基本資料不列入媒體資料交換申請書

申請日期： 年 月 日

<b>申請人</b>	姓名		身分證統一編號		
	生日	民國 年 月 日	障礙類別等級	類(障) 度	
	戶籍地址	苗栗縣 市(鄉.鎮) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓			
	聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 苗栗縣 市(鄉.鎮) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓			
<b>代理人</b>	聯絡電話	日： 夜：	手機：	傳真：	
	姓名		身分證統一編號	電話	
	關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他_____ (請填寫)			
<b>申請項目 (請擇一勾選)</b>	本人因 <input type="checkbox"/> 就業因素 <input type="checkbox"/> 其它：_____影響本人權益：				
	1. <input type="checkbox"/> 同意自___年___月起個人基本資料不列入媒體資料交換 (自申請當月起不予按月減免保險費，須繳交全額保險費，本府將於辦理補助期間將補助費匯入帳戶)。				
	2. <input type="checkbox"/> 同意自___年___月起放棄社會保險費補助 (自申請當月起不予補助保險費，須繳交全額保險費，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"/> 同意自___年___月起恢復列入媒體資料交換 (自申請當月起保險費補助按月於自付保險費中逕行扣抵)。				
<b>帳戶資料</b>	申請不列入媒體資料交換或異動帳戶資料者須檢附 (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)				
<b>不列入媒體者保費補助注意事項</b>	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，帳戶若有異動，應主動通知本府社會處。 二、補助期程:自申請不列入媒體交換當月起補助。1 月份至 6 月份保險費補助於當年度 10 月底前撥付，7 月份至 12 月份保險費補助於次年度 4 月底前撥付。 三、補助金額依保險人提供之保險對象投保狀況、應繳保費紀錄核算，並以元為單位，角以下四捨五入。 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、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，且願負一切法律責任。並同意本府身障服務科得查調相關社會保險保險費等資料據以審核。					
申請人簽章：_____ 代理人簽章：_____					
洽辦單位：苗栗縣政府社會處身障服務科(苗栗縣苗栗市府前路 1 號) 聯絡電話 1999 轉 559650 (外縣市請打 037-559650)					

承辦人：

科長：

單位主管：