苗栗縣中低收入老人未滿七十歲者補助全民健康保險費基準申請表

申請日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>補助者姓名</td><td></td><td>身分字號</td><td></td><td>出生日期</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>地址：</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>款別</td><td colspan="5">□1.5倍老人
□2.5倍老人</td></tr>
<tr><td>保險費自付額繳費證明本（粘貼處）</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>鄉鎮市公所初核意見</td><td colspan="5">□所附資料齊全送苗栗縣政府複審。
□資料不齊，經　年　月　日通知仍未補齊送苗栗縣政府複審。</td></tr>
<tr><td colspan="2">承辦人</td><td>課長</td><td colspan="2">鄉鎮市長</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>苗栗縣政府複審意見</td><td colspan="5">□符核補助者，並自　　年　　月日起補助健保費用　　元。

＊不符本基準補助者。
□ 低收入戶老人
□ 身心障礙者已參加健保其保費已由政府負擔者超過本基準第三點規定者
□ 六十五歲以上之榮民（眷）健保費自付額已由行政院退除役官兵輔導委員會支付者</td></tr>
<tr><td colspan="2">承辦人</td><td>課長</td><td>局長</td><td colspan="2">縣長</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
</table>