**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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請人** | 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 | □同戶籍地址  □苗栗縣 市(鄉.鎮) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓 | | | | | | |
| 聯絡電話 | 日： 夜： 手機： 傳真： | | | | | | |
| **代理人** | 姓 名 |  | 身分證統一編號 | |  | | 電話 |  |
| 關 係 | 🞎本人　🞎父母 🞎子女　🞎配偶 🞎其他ˍˍˍˍˍˍ（請填寫） | | | | | | |
| **申請項目（請擇一勾選）** | **本人因🞎就業因素🞎其它: 影響本人權益：**  **1.🞎請同意自\_\_\_年\_\_月起個人基本資料不列入媒體資料交換**  註：保險費補助以自付部分為限，自申請當月起不予按月減免，須全額繳納，需於規定期間內檢據向縣政府申請補助，逾期不予受理）。 | | | | | | | |
| **2.🞎請同意自\_\_\_年\_\_月起放棄社會保險費補助**  註：自申請當月起不予補助，須全額繳納，爾後申請回復時，不得追溯放棄期間之補助費）。 | | | | | | | |
| **3.🞎請同意自\_\_\_年\_\_月起恢復列入媒體資料交換**  註：自申請當月起，按月於自付保險費中逕行扣抵，但不得追溯放棄期間之補助費）。 | | | | | | | |
| **帳戶資料** | |  | | --- | | 此處請浮貼郵局存摺影本（須含戶名、帳戶） |   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） | | | | | | | |
| **不列入媒體者保費補助注意事項** | 一、補助金額以轉帳之方式直接滙入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、申請補助期間:自申請不列入媒體交換當月起補助。  1至6月份保險費補助於當年度7月底前申請，7至12月份保險費補助於次年度1月底前申請。  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。 | | | | | | | |
| 本人已詳閱本申請書且需於規定期間內檢據向縣府申請補助，如有虛偽不實，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。    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） | | | | | | | | |