

# 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 \_\_\_\_\_ (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

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匯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)