領據

茲收到 君申請高雄市身心障礙者社會保險保費自 付額補助之費用新台幣 × 元正（金額請以國字大寫） 具領人： 簽章（具領人須與郵局或銀行存簿同一人） 與身心障礙者之關係：

身分證字號： 出生年月日：

戶籍地址：高雄市 區 里 路(街) 巷 弄 號 樓

聯絡電話：

※打叉處係由社會局填寫

※ □處請蓋章

※ 另請填寫背面退費申請表

※ 如有疑問請洽社會局身心障礙福利科示小姐

　(電話:07-3308447)

**高 雄 市 政 府 社 會 局 受 理 身 心 障 礙 者 不 列 入 媒 體 交 換 社會保險**

**保 費 核 退 申 請 表 109年5月製表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身 心 障 礙 者 | 姓 名 | |  | | | 身分證字號 |  | 填表  日期 | 年 月 日 |
| 身 障 證明 | 類 別 |  | | 社會 保險 類別 | □勞保□公保□軍保□農保 | | 出生  日期 | 年 月 日 |
| 等 級 |  | | 連絡  電話 |  |
| 戶 籍  地 址 | | □ □□ | | | | | | |
| 申 請 人 | 姓 名 | |  | | | 身分證字號 |  | 電 話 |  |
| 與身心障礙者 關 係 | | | □本人 □父母 □子女 □配偶  □ 其他 (請填明) | | | | | |
| 通信 地址 | | □ □□ | | | | | | |
| 應 備 文 件 | □身心障礙證明正本(查驗後歸還)、代辦人身分證明影本  □郵局或銀行存摺封面影印本  □領據(請攜帶身障者個人私章) | | | | | | | | |

本次核退：

核退金額：