

高雄市身心障礙者參加社會保險不列入媒體交換申請書

填表日期： 年 月 日

身心障礙者	姓名	身分證字號			電話	
	等級	<input type="checkbox"/> 輕度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重、極重度	障礙類別	
	戶籍地址	區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓之				
	參加保險類別 〔可複選〕	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 軍保 (此3項無媒體交換)				
申請人	姓名	身分證字號			電話	
	通訊地址	區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓之				
	與身障者關係	<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 _____ (請填明)				
申請事項 (請勾選)	因媒體資料交換對本人權益有不利影響，同意自 年 月起按月繳交全額保險費。 <input type="checkbox"/> 本人願意放棄各項保險費之補助，並於下次核計保險費時取消補助，爾後申請回復補助時，不得追溯放棄期間之補助費。 <input type="checkbox"/> 本人同意往後檢附相關文件，申請由社會局直接補助保險費自付額。 <應備文件>身心障礙證明影本、代辦人身分證影本 ----- <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 證明正面黏貼處 證明背面黏貼處 </div>					
	申請人簽章				代理人簽章	