

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(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 106 年 9 月 製 表

| | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|---|------|-------|-------|
| 身 心 障 礙 者 | 姓 名 | | 身分證字號 | | 填表日期 | 年 月 日 | |
| | 身 障 手 冊 | 類 別 | 社 會 保 險 類 別 | <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 軍保 <input type="checkbox"/> 農保 | | 出生日期 | 年 月 日 |
| | | 等 級 | | | | 連絡電話 | |
| 戶 籍 地 址 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 申 請 人 | 姓 名 | | 身分證字號 | | 電 話 | | |
| | 與身心障礙者關係 | | <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) | | | | |
| | 通 信 地 址 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 應 備 文 件 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正本(查驗後歸還)、代辦人身分證明影本 <input type="checkbox"/> 郵局或銀行存摺封面影印本 <input type="checkbox"/> 領據(請攜帶身障者個人私章) | | | | | | |

本次核退：
核退金額：