雲林縣辦理不列入媒體資料交換之身心障礙者社會保險費補助申請表

申請人(身心障礙者)	姓 名		身分證字號			
			生 日	年 月 日		
	戶籍地址	雲林縣 鄉(鎮、市) 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓之				
	聯絡電話		身心障礙證明等級	☐輕度☐中度☐重度☐極重度		
受託人	姓 名		身分證字號		電話	
			與身障者之關係	☐配偶 ☐父(母)/子(女)☐兄弟姐妹 ☐親戚 ☐其他_____		
申請項目	本人自_____年_____月起至_____年_____月申請個人基本資料不列入媒體資料交換之身心障礙者社會保險費補助					
檢附文件	☐身心障礙證明正反面影本 ☐申請人金融機構存摺封面影本 ☐不列入媒體資料交換核定公文 ☐當年度投保單位開立之自付保險費證明或金融單位收據正本 ☐委託書(有受託人才須付) ☐受委託人身分證正背面影本(有受託人才須付)					

注意事項：

一、身心障礙者自付保險費補助之標準如下：

（一）極重度極重度身心障礙者全額補助。

（二）中度身心障礙者補助二分之一。

（三）輕度身心障礙者補助四分之一。

二、申請人死亡或有下列所定情形之一者，不予補助；已補助者，應自事實發生之次月起停止補助；如有溢領，應繳回溢領之補助金額。

（一）未依各該社會保險法令規定投保者。

（二）未依身心障礙者權益保障法或本辦法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）不具本辦法規定之補助資格者。

三、申請期限以當年度1月份至6月份保費於當年9月底前提出申請，7月份至12月份保費於次年3月底提出申請，逾期恕不受理，補助金額以當年度繳納之保費金額計算，次年保費補助須於次年申請期限內再次提出，如未再次提出申請，將不續予補助。

以上注意事項皆已詳細閱讀完畢，若有違反規定事項，願自行承擔後果並補繳溢領之補助。

申請人蓋章：_____受託人蓋章：_____ 申請日期 年 月 日

鄉鎮市公所初審	☐符合補助之規定，予以送件 ☐先行送件，待補附文件：		
	承辦人	社會(民政)課	鄉鎮市長

縣政府核定	☐核定通過，並依申請人當年度投保單位開立之自付保險費證明或金融單位收據正本，審核補助金額，並通知民眾出具領據。 應補助金額：☐新台幣 萬 仟 佰 拾 元整			
	☐核定不通過，原因：			
	承辦人	科長	處長	縣長