

# 金門縣身心障礙者參加社會保險不列入媒體交換或放棄補助申請書

申請日期      年      月      日

身心障礙者	姓名		身分證字號	
	生日	年    月    日	障礙類別及等級	第 _____ 類 <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度
	戶籍地址			
	連絡電話	(家)		(手機)
代理人	姓名		身分證字號	
	通訊地址			
	連絡電話	(家)		(手機)
	與身心障礙者關係	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 其他		
申請項目(請勾選)	1. <input type="checkbox"/> 本人 _____ <input type="checkbox"/> 6個月/ <input type="checkbox"/> 1年自行到府辦理      (1月份至6月份保險費補助於當年度9月底前申請，7月份至12月份保險補助於次年度3月底前提出申請，逾期未申請者視同放棄。自申請當月起不予按月減免保險費，需繳交全額保險費)。			
	2. <input type="checkbox"/> 本人 _____      (自申請當月起不予按月補助保險費，需繳交全額保險費，爾後申請回復補助時，不得追朔放棄期間之補助費)。			
	3. <input type="checkbox"/> 本人 _____      (自申請當月起保險費補助按月於自付保險費中逕行扣抵)。			
身心障礙證明影本			代	
<input type="checkbox"/> 本人 _____ (提供)資料無誤，如有不實，除停止本補助外，已撥付之款項全數繳回，並願負擔一切法律責任。 申請人 _____				