

新北市身心障礙者社會保險（不）列入媒體交換或放棄補助申請書

| | | | | |
|------------------------|--|--|-------------|--|
| 身心障礙者 | 姓名 | | 身分證字號 | |
| | 聯絡電話 | (家) _____ (手機) _____ | | |
| | 障礙類別及等級 | _____障礙 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 | | |
| | 戶籍地址 | 新北市_____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"/> 農保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 軍保 | | |
| 申請人 (如為身心障礙者本人可填同上) | 姓名 | | 身分證字號 | |
| | 聯絡電話 | (家) _____ (手機) _____ | | |
| | 通訊地址 | 新北市_____區_____里_____鄰 _____路(街) _____段 _____巷_____弄_____號 _____樓之_____ | | |
| | 與身心障礙者關係 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (請填明) | | |
| 申請事項 (請勾選) | <input type="checkbox"/> 本人同意自____年____月起放棄各項社會保險補助，並於下次合計保險費時取消補助，爾後申請恢復補助時，不得追溯放棄期間之補助。 <input type="checkbox"/> 本人同意自____年____月起隱藏各項社會保險補助，並請市府於年底直接補助保險費自付額。 <input type="checkbox"/> 本人因 _____，影響本人權益，同意自____年____月起放棄身心障礙者所有福利，爾後申請恢復補助時，不得追溯放棄期間之補助。 <input type="checkbox"/> 本人同意自____年____月起恢復身心障礙者社會保險補助。 | | | |
| 身心障礙手冊影本 | | | | |
| 身心障礙者手冊正面影本 | | | 身心障礙者手冊反面影本 | |