|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **臺北市老人健保自付額補助取消申請表** | | | | | | | | |  |
| 申  請  人  )  長  者  (  基  本  資  料 | 姓名 |  | | | 出生年  月日 | | 民國 年 月 日 | |  |
| 身分證號碼 |  | | | 電 話 | | | 市 話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  手 機：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 戶  籍  地 | 市 區 里 鄰 路(街) 段  巷 弄 號 樓 | | | | | | |  |
| 住  居  所 | □同戶籍地  □ 市 區 里 鄰 路(街) 段  巷 弄 號 樓 | | | | | | |  |
| 公文送達處所 | □同戶籍地  □同住居所  □ 市(縣) 區(市/鎮/鄉) 路(街) 段 巷 弄 號 樓 | | | | | | |  |
| 受託人  基本資料 | | 姓名 |  | 身分證號碼 | |  | | |  |
| 與申請人關係 |  | 電話 | | 市話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  手機：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
| 本人已閱讀並了解本申請表各節，保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，若有可歸責於己之事由，應無條件繳回所補助金額並自負一切法律責任。 | | | | | | | | |  |
| 申請人(長者)簽名或蓋章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_申請日期： 年 月 日 | | | | | | | | |  |
| **代申請委託（授權）書**  委託人（即申請人）： 【簽章】 茲已瞭解並將有關臺北市老人健保自付額補助相關事宜委託（授權）受委託人： 【簽章】代為【送件申請】【填寫申請表及簽名蓋章】，如有糾紛，概由委託人與受委託人自行議處；如因虛報不實而查獲者，雙方並負相關法律責任 | | | | | | | | | |

《接下頁》

**個人資料蒐集/處理/利用同意書(必填)**

|  |
| --- |
| **依據「個人資料保護法」規定，取得您提供的個人資料，需告知下列事項，懇請您耐心閱讀：**  1、取得之目的﹕為了審核臺北市老人全民健康保險保費自付額補助資格之用。  2、取得之內容﹕姓名、身分證(護照)編號、聯絡方式等，詳如本申請表。  3、運用個人資料之期間、地區、對象及方式﹕  (1)期間﹕永久保存，以便持續提供社福資訊、關懷與服務。  (2)地區﹕中華民國所在各地區。  (3)對象﹕中華民國各政府機關(構)或經政府委託之各團體、機構。  (4)方式﹕以電腦或非電腦利用之方式。  4、就您提供之個人資料，您本人得親自或書面行使下列權利：  (1)查詢、請求閱覽或請求提供複印本。  (2)請求補充或更正，惟依法請您提出釋明。  (3)請求停止蒐集、處理或運用，並可請求刪除。但另有法律規定者，得不依您  的請求辦理。  5、您可自由選擇是否提供個人資料，若您拒絕提供所需之個人資料或提供不完全時，本局即無法審核您所申請之補助或各項事宜，尚祈見諒。  6、本告知內容如有修訂，請至臺北市政府社會局網站查閱，恕不另行通知。  經社會局向本人告知上開事項，本人已清楚瞭解社會局蒐集、處理或運用本人個  人資料之目的及用途。  申請人(長者)簽名或蓋章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_填表日期： 年 月 日 |

* **填表需知：**

1. 申請人(長者)需符合下列各項規定：
   1. 年滿65歲之老人或年滿55歲之原住民，且設籍並實際居住本市滿1年者。
   2. 最近1年居住國內時間累計滿183天(出境日視為居住國內，入境日視為未居住國

內，於次日起算。)。

* 1. 經稅捐稽徵機關核定之最近1年綜合所得總額合計未達申報標準或綜合所得稅稅

率未達20%者。申報老人為受扶養人之納稅義務人有上開情事者，亦同。

* 1. 未獲其他政府機關健保費自付額之全額補助者。

1. 諮詢電話：臺北市民當家熱線1999(外縣市請撥02-27208889)轉6967
2. 承辦單位：臺北市政府社會局老人福利科
3. 地 址：11008 臺北市信義區市府路1號2樓北區