

臺北市身心障礙者參加社會保險保險費補助方式變更申請書

申請日期： 年 月 日

11207 起適用

身心障礙者(申請人)	姓名		身分證統一編號	
	生日	民國 年 月 日	障礙類別等級	第 類，等級：
	戶籍地址	□□□-□□臺北市 區 路(街) 段 巷 弄 號 樓之		
	公文送達地址	□同戶籍地址 (請填地址及郵遞區號5碼)		
	聯絡方式	市話：	手機：	電子郵件：
	申請結果通知方式	<input type="checkbox"/> 寄送書面通知(寄送至公文送達地址) <input type="checkbox"/> 自取書面通知(<input type="checkbox"/> 電子郵件通知 <input type="checkbox"/> 電話告知自取時間)		
申請項目(請擇一勾選)	1. <input type="checkbox"/>變更補助方式為不列入媒體補助 <input type="checkbox"/> 本人因 <input type="checkbox"/> 就業因素 <input type="checkbox"/> 其他：_____影響本人權益，欲自____年____月起按月繳交全額保險費，並同意臺北市政府社會局查對本人投保資料及應繳保險費紀錄，依身心障礙者參加社會保險保險費補助辦法第5條規定計算，於每年4月30日及10月31日前將補助費匯入本人指定帳戶。 <input type="checkbox"/> 郵局(7000021) <input type="checkbox"/> 臺北富邦銀行_____分行(012□□□□) <input type="checkbox"/> 其他：_____銀行_____分行，銀行收款行7碼代碼：□□□□□□□□ 帳號：_____，戶名：_____，並請檢附存摺影本 帳戶持有人身分證字號： _____，與身障者關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母子女 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他____ 註：帳戶資料若有異動，申請人應主動通知社會局；未主動通知，致轉帳錯誤者，應由申請人自負其責。 註：申請人若欲知撥款明細，可逕洽本局身心障礙者福利科查詢，本局不另行通知。			
	2. <input type="checkbox"/>變更補助方式為按月減免： 本人欲自____年____月起，自身心障礙者所屬投保單位保險費計算表內直接減免保險費。			
本人已詳閱臺北市政府辦理身心障礙者參加社會保險保險費補助作業規定，並確實填寫(提供)資料無誤，如有不實，除停止本補助外，已撥付之款項應全數繳回，且願負一切法律責任。並同意社會局得查調相關戶籍、社會保險保險費等資料據以審核，且得寄送相關福利資訊或簡章。			申請人(代理人)簽章：	

- 若為代理人現場填寫申請書，則須檢附委託書。
- 身心障礙者保險費減免項目包括：健保、勞保、公保、軍保、農保，減免身心障礙者自付部分保險費如下：
 - 重、極重度者：自付保費全額補助。
 - 中度者：自付保費補助二分之一。
 - 輕度者：自付保費補助四分之一。
- 每月20日前提出申請(以郵戳為憑)，自當月生效，逾20日則自下個月生效。線上申辦：
- 洽詢單位：臺北市政府社會局身心障礙者福利科(臺北市市府路1號1樓東北區)，電話：1999(外縣市02-27208889)轉分機
 士林區、北投區、中山區、南港區：分機1554
 中正區、萬華區、松山區、信義區：分機1552
 文山區、大安區、內湖區、大同區：分機1545



臺北市身心障礙者參加社會保險保險費補助方式變更