

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	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 市 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓		
公文送達處所	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 同住居所 <input type="checkbox"/> 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

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。)
 - (3) 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。
 - (4) 未獲其他政府機關健保費自付額之全額補助者。
2. 諮詢電話：臺北市民當家熱線1999(外縣市請撥02-27208889)轉6967
3. 承辦單位：臺北市政府社會局老人福利科
4. 地 址：11008 臺北市信義區市府路1號2樓北區