

台東縣 卑南 鄉公所 國民年金被保險人所得未達一定標準認定申請表

壹、基本資料	申請日期	年 月 日
一、申請人：_____ 二、聯絡電話：_____ 三、行動電話：_____		
四、戶籍地址：_____ 台東 縣(市) _____ 卑南 鄉(鎮市區) _____ 村(里) _____ 鄰 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓		
五、通訊地址： <input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> _____ 縣(市) _____ 鄉(鎮市區) _____ 村(里) _____ 鄰 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓		
六、婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶		
七、參加其他社會保險： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【 <input type="checkbox"/> 勞工保險(普通事故保險及職災保險) <input type="checkbox"/> 勞工保險(職災保險) <input type="checkbox"/> 軍人保險 <input type="checkbox"/> 公教人員保險 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 其他：_____】		

貳、全家人口及經濟狀況

人口數	稱謂	姓名 身份證字號或 居留證號	性別	出生日期				原住民	職業	收入項目(年)					不計人口代號
				民國前	年	月	日			工作收入	動產及不動產收入	其他收入			
												失業給付	退休俸或遺屬撫卹金	其他	
1	本人 (申請人)														
2															
3															
4															
5															
6															
7															

(人口欄位不足時，請在此黏貼)

註：1、申請人有義務主動正確提供本項補助審查所需相關資料；並同意受理單位查詢相關戶籍及最近年度財稅等資料審核。
 2、以下簽名蓋章，申請人均須親自簽名蓋章，他人無委託書或授權書而代為簽名蓋章者，涉偽造文書。

※本人生育有兒子(含養子)_____名，女兒(含養女)_____名。

本人之父親：歿 存，現居住：

本人之母親：歿 存，現居住：

以上所載全家人口及收入狀況均屬確實，倘有隱瞞或不實者，本人願負偽造文書及非領公款等法律責任。

如為委託他人代為申請，除檢具代申請委託(授權)書，受委託人亦將以上內容詳告申請人。

申請人(簽名或蓋章)：

中華民國 年 月 日

代申請委託(授權)書

本人(即申請人)：_____【簽章】茲已瞭解並將有關申請「國民年金被保險人所得未達一定標準」資格相關事宜，委託(授權)受委託人：_____【簽章】(關係：_____)代為申請，如有糾紛，概由本人與受委託人自行議處；如有因虛報不實而查獲者，雙方並負相關法律責任。

中華民國 年 月 日

Q9. 請問您（被保險人）需要地方政府提供哪些服務，以協助您能夠按時繳納國保保費，確保您未來領取年金給付的權益？（可複選）

1、經濟困難，請協助申請低收入戶或所得未達一定標準等保費補助資格。

2、繳款單地址有誤或需變更，請協助通知勞保局變更如下：

通訊地址：_____。

聯絡電話：_____。

【由地方政府或公所至遲於次月5日前影印寄給勞保局】

3、尚有部分欠費，請協助向勞保局申請補發繳款單。

一次補發全部繳款單

無力一次繳清，先開立前_____個月繳款單，均分為_____張

（可依其能力各期分開列印，建議先開立前6張）

其他：_____

4、急需金錢收入，請協助轉介公立就服機構找工作，或轉介急難救助等服務。

5、其他：_____。

問卷到此結束，感謝您耐心接受訪問！這份問卷將作為衛生福利部、地方政府及勞保局提供您相關服務的依據。以上問卷勾選項目及填寫內容，請再次檢視及確認；如正確無誤，請簽上您的全名：（_____）。

_____縣（市）政府

以下資料由訪員填寫：

個案來源	<input type="checkbox"/> 1. 勞保局提供之被保險人名單。（資料期間：____年____月，序號：_____） <input type="checkbox"/> 2. 地方政府自行比對發現之轄區內弱勢被保險人。 <input type="checkbox"/> 3. 主動洽詢之轄區內被保險人。		
訪視方法	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 郵寄訪問		
基本資料	被保險人	姓名：_____ 性別：_____ 出生年月日：_____	身分證字號：_____ 電話：_____
	受訪者	姓名：_____ 性別：_____ 出生年月日：_____	戶籍地：_____ 縣(市) _____ 鄉(鎮、市、區) _____ 村(里) _____
訪視日期	<input type="checkbox"/> 第1次訪視：____年____月____日 上(下)午____時____分 <input type="checkbox"/> 第2次訪視：____年____月____日 上(下)午____時____分 <input type="checkbox"/> 第3次訪視：____年____月____日 上(下)午____時____分		
訪視未果原因	<input type="checkbox"/> 1. 同址訪視2次(含)以上均門閉無人回應，已留書且未回復 <input type="checkbox"/> 2. 空地或空屋 <input type="checkbox"/> 3. 不認識被保險人，目前該址無此人 <input type="checkbox"/> 4. 認識被保險人，但無被保險人訊息、失聯，無法轉知(含遷往國外) <input type="checkbox"/> 5. 認識被保險人，但不願或不方便告知行蹤 <input type="checkbox"/> 6. 被保險人戶籍寄居，不確定其聯絡方式 <input type="checkbox"/> 7. 被保險人現不在家(含外出、工作) <input type="checkbox"/> 8. 入獄服刑 <input type="checkbox"/> 9. 被保險人已死亡 <input type="checkbox"/> 10. 失蹤 <input type="checkbox"/> 11. 拒訪 (請選擇1個主要原因，勿自行增列)		
特殊事項及後續服務	 		

訪員：_____ 電話：_____ 填表日期：_____ 主管核章：_____