

**(全銜) 領有身心障礙手冊者參加軍人保險補助保險費申請書**

支薪單位代號		審查單位 (後備留守處)	填報單位 (要保單位)
階級		主官	主官
姓名			
保險證字號			
國民身分證統一編號			
殘障區分	鑑定日期	承辦人	承辦人
	等級		
每月自付保險金額		<p align="center"><b>審 查 意 見</b></p> <p>一、補助標準：            極重度、重度殘障：補助自付保險費金額。            中度殘障：補助自付保險費二分之一。            輕度殘障：補助自付保險費四分之一。</p> <p>二、補助金額：            新臺幣 仟 佰 拾 元。</p>	<p align="center"><b>填 報 需 知</b></p> <p>一、當事人應繳驗證件：            (一)身分障礙手冊影本乙份。            (二)戶口名簿影本乙份。            二、當事人戶籍地址遷移時，應向地方政府社政單位辦理異動，並函知國防部後備指揮部留守業務處。</p>
戶籍住址			
電話號碼			
蓋章			

- 一、本表由各要保單位填寫一式四份，單位自存乙份，另三份加蓋各級職銜章，不備文逕寄國防部後備指揮部留守業務處(臺北中正郵政 90411 號信箱)審查。
- 二、國防部後備指揮部留守業務處審查後自存乙份，乙份送國防部主計局財務中心，乙份送臺銀人壽保險股份有限公司辦理。