



## 代申請委託（授權）書

委託人（即申請人）：\_\_\_\_\_【簽章】茲已瞭解並將有關高雄市老人及身心障礙者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：為了審核高雄市老人及身心障礙者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，請至高雄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。

\*本人簽名：\_\_\_\_\_

填表日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### ※填表需知：

1. 申請人需年滿65歲或領有身心障礙手冊(證明)，且設籍本市滿1年並居住國內超過183天。
2. 高雄市老人健保自付額補助諮詢電話：高雄市政府社會局老人福利科 07-3373376。
3. 高雄市身心障礙健保自付額補助諮詢電話：高雄市政府社會局身心障礙福利科 07-3308447。