第二類

兒童及少年未來教育與發展帳戶

特殊結清給付申請書

申請表編號：　　申請日期：　　年　　月　　日

開戶人（未年滿18歲）

姓名	（請以正楷填寫）	出生日期	民國　年　月　日	身分證統一編號	
申請人姓名	□法定代理人 □最近親屬 （請以正楷填寫）	出生日期	民國　年　月　日	身分證統一編號	

聯絡方式

※請擇一勾選：（勾選1、2者無須填寫現住址；如全部未勾選者，即以戶籍地址寄發通知書件。）

□ 1、同戶籍地址　　電　話：（　）＿＿＿＿＿＿

□ 2、同繳款單地址　　行動電話：＿＿＿＿＿＿

□ 3、現住址：郵遞區號□□□□□　　電子郵件信箱：＿＿＿＿＿＿

（將於受理後以電子郵件通知）

縣/市　鄉鎮/市區　村里/鄰　路/街　段　巷　弄　號　樓之　室

申請項目及理由	申請金額
開戶人因下列原因申請兒童及少年未來教育與發展帳戶提早結清請領存款： □領有＿＿＿＿□縣 □市 政府核發□重　度 □極重度＿＿＿＿ 障礙之身心障礙證明 □領有嚴重疾病醫生診斷證明書＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（證明）	元 （如無法核算，可不填寫）

匯入帳戶（※請擇一勾選）

－－－－－－－－－－－請將指定帳戶之存簿封面影本黏貼於此－－－－－－－－－－－

※申請人應檢附國內金融機構或郵局之存簿封面影本，所附之存簿封面影本應可清晰辨識，以免無法入帳。

1、□匯入申請人之金融機構(B)帳戶：＿＿＿＿＿＿銀行(庫局)＿＿＿＿＿＿分行(支庫局)

總代號	分支代號	帳號 金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)

2、□匯入申請人之郵局(H)帳戶：　局號＿＿＿＿＿＿－＿＿　帳號＿＿＿＿＿＿＿＿－＿＿

本人已瞭解兒童及少年未來教育與發展帳戶相關規定。茲證明上列各欄均屬實填寫。另如本人或受益人有溢領或誤領之存款，應予退還並願負一切法律責任。

開戶人簽名或蓋章：＿＿＿＿＿＿　　法定代理人簽名或蓋章：＿＿＿＿＿＿

應備書件(請☑確認已檢附)：□身心障礙證明正背面影本(請浮貼於下方)
□嚴重疾病醫生診斷證明書

身心障礙證明正面影本浮貼欄	身心障礙證明背面影本浮貼欄

※請填妥本申請書資料後寄送戶籍地直轄市、縣(市)政府；送件前，請務必再確認已備妥各項應備書件。

※請覈實填寫上述各項，如有疑義，請電洽戶籍地直轄市、縣(市)政府詢問。

※表格內容請以正楷填寫，如無法分辨將退回申請文件。

※務必至「衛生福利部兒童及少年未來教育與發展帳戶管理系統」之「特殊結清(申請)作業)」上傳掃描檔，經辦人：＿＿＿＿＿＿

11405版