

○○○○(機構名稱)申請臺南市政府社會局○○○○年度早期療育機構特殊處遇費補助計畫

附件 3

服務對象名冊

序號	服務對象姓名	出生日期	服務類型	國民身分證統一編號	障礙類別及等級	證明類型	收托日期	備註
1			☐ 日間療育 ☐ 時段療育		☐ 發展遲緩 ☐ 身心障礙(第_____類)	☐ 診斷證明書 ☐ 綜合報告書 ☐ 身心障礙證明		
2			☐ 日間療育 ☐ 時段療育		☐ 發展遲緩 ☐ 身心障礙(第_____類)	☐ 診斷證明書 ☐ 綜合報告書 ☐ 身心障礙證明		
3			☐ 日間療育 ☐ 時段療育		☐ 發展遲緩 ☐ 身心障礙(第_____類)	☐ 診斷證明書 ☐ 綜合報告書 ☐ 身心障礙證明		
4			☐ 日間療育 ☐ 時段療育		☐ 發展遲緩 ☐ 身心障礙(第_____類)	☐ 診斷證明書 ☐ 綜合報告書 ☐ 身心障礙證明		

申請單位承辦人：

申請單位業務主管：

填表說明：

- 1.「序號」，請依序編碼。
- 2.「障礙類別及等級」，請依服務對象證明確實填列。
- 3.本計畫專業人員其中有一人未達本計畫所定每名專業人員每月薪資標準，該月份最高獎助百分之30%。每位專業人員每月補助1,000元(如未達標準者，每人每月300元)。
- 4.表格如不敷使用，請自行增列。