臺南市政府社會局兒童及少年療育訓練費用補助申請表

114.05.19 制訂

初審單位：_____區公所(應為兒童及少年戶籍所在地公所)　申請日期：　年　月　日(請務必填寫)

申請人	姓名	請於就診日起 6 個月內申請	與兒童關係		聯絡電話		
兒童資料	姓名		□男生 □女生 □其他	出生年月日		身分證字號	
	戶籍地址：						
	通訊地址：(□同上)						
	身分別：□低收入戶/ □中低收入戶及一般身分 其他身分別(可複選)：□身心障礙/□低收入戶/□原住民子女(□父□母□其他:_____)/ □新住民子女(□父□母□其他___)，國籍：_____						
檢附資料	□經醫師診斷證明有持續療育需求之診斷證明書 □療育補助紀錄單及收據憑證單（需貼附繳費收據正本） □申請人及兒童或少年近 3 個月內戶籍謄本 /□郵局存摺封面影本 /□低收入戶證明						
郵局帳號	戶名		身分證字號		局號		帳號
注意事項	1. 本人已詳讀本表及補助計畫內容，且據實提供各項資料文件，並確認兒童及少年未領有臺南市相同性質之政府扶助及補助，如違反上述情形，繳回已領之補助並願負法律責任。 2. 本補助同 1 個月份僅受理申請 1 次，如須申請兩間以上療育單位，同月份之補助費用須合併申請，已申請過之月份不論補助費用是否已達上限，均不再受理第 2 次申請。 3. 本人同意社會局調查本案所需戶籍、身心障礙及低收入戶資格身分等相關資料並同意配合訪視或寄送福利資訊。 4. 性別欄位之「其他」係指在二元性別「男」、「女」以外，提供開放性選項，包括雙性人、跨性別等。						

區公所初核結果	項目	療育費補助(元)	項目	療育費補助(元)	立切結書人: (本人已詳閱注意事項並親自簽名或蓋章)
	月	_____元	月	_____元	
	月	_____元	月	_____元	初核結果: ____年____月至____年_____月 同意補助_____元。
	月	_____元	月	_____元	
承辦人核章：		課長核章：		區長核章：	

社會局複核結果	項目	療育費補助(元)	項目	療育費補助(元)	複核結果
	月	_____元	月	_____元	
	月	_____元	月	_____元	____年____月至____年_____月 同意補助_____元。
	月	_____元	月	_____元	
承辦人核章：				單位主管核章：	

臺南市政府社會局兒童及少年療育訓練費用補助
療育訓練紀錄及收據憑證黏貼單

114.05.19 制訂

療育月份：_____年_____月（請按月份，每月填寫一張，於就診日起6個月內申請）

兒童姓名：_____　　出生年月日：_____

【本表粗框處請依次由療育人員代為填寫，並請執行療育人員務必於簽章欄簽名或蓋職章】

次數	療育日期	療育單位名稱 （需全名完整填寫）	執行療育人員簽章	療育項目 （需明確填寫）	療育自費金額
1	月　日				
2	月　日				
3	月　日				
4	月　日				
5	月　日				
6	月　日				
7	月　日				
8	月　日				
9	月　日				
10	月　日				
收據黏貼處(請依上列日期順序黏貼)					

初核	核定_____年_____月_____日至_____日，療育費補助_____元
複核	核定_____年_____月_____日至_____日，療育費補助_____元

申請說明：

1. 本記錄卡僅為申請臺南市政府社會局兒童及少年療育訓練費用補助之用。
2. 填寫此表請按照日期順序由上往下填寫，每月填寫一張。**療育收據需為正本**，請依序黏貼於黏貼處。
3. 療育費：進行自費療育項目，以實際自費金額核予補助。
4. 療育項目包括認知學習、物理治療、職能治療、語言治療、親職教育、行為治療、心理治療、人際互動治療、聽能治療、視能訓練、針灸治療、感覺統合治療、其他。
5. 評估費、掛號費、診察費、門診費、診斷證明書、藥費及其他非屬療育訓練之項目不予補助。
6. 補助金額合計:非低收入戶每月最高補助4,000元，低收入戶每月最高補助6,000元。
7. 請療育執行人員務必於方格內簽章處簽章（簽名或蓋職章），並註明療育項目及核蓋醫療院所戳章。