

## 臺南市政府社會局發展遲緩兒童療育補助申請表(附表一)

初審單位：佳里區公所

申請日期： 年 月 日(請務必填報)

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |    |                                                            |                                        |        |       |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------|-------|
| 申請人      | 姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |    |                                                            |                                        | 與兒童關係  |       |
| 兒童       | 姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           | 性別 | <input type="checkbox"/> 男生<br><input type="checkbox"/> 女生 | 出生年月日                                  |        | 身分證字號 |
|          | 通訊地址：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |    |                                                            |                                        | 聯絡電話：  |       |
|          | 身分別： <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 發展遲緩者 <input type="checkbox"/> 疑似發展遲緩者 <input type="checkbox"/> 低收入戶<br><input type="checkbox"/> 原住民子女 <input type="checkbox"/> 外籍配偶子女，國籍：_____( <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母)                                                                                                                                                                                                     |           |    |                                                            |                                        |        |       |
| 檢附證件     | <input type="checkbox"/> 申請表(本表) <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本(或全戶戶籍謄本) <input type="checkbox"/> 存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本<br><input type="checkbox"/> 鑑輔會緩讀證明(達就學年齡但未入小學就讀者) <input type="checkbox"/> 低收入戶證明<br><input type="checkbox"/> ((疑似)發展遲緩證明書影本或綜合報告書(一年內有效)) <input type="checkbox"/> 交通費補助紀錄卡 <input type="checkbox"/> 療育補助紀錄卡<br>及收據憑證單(貼附療育收據正本、身心障礙療育機構或專業治療師所開立之收費證明。<br><input type="checkbox"/> 其他 _____ (以上影本文件應簽名或蓋章加註與正本相符，以確認資料屬實) |           |    |                                                            |                                        |        |       |
| 領有其他補助   | <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 已由_____機構申請本補助<br><input type="checkbox"/> 「身心障礙者托育養護費用補助」<br><input type="checkbox"/> 「臺南市弱勢兒童及少年醫療費用補助」                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |    | 帳號                                                         | 姓名：_____身分證字號_____<br>郵局局號_____帳號_____ |        |       |
| 初核結果療育單位 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 交通費       |    | 療育費                                                        |                                        | 同意補助   |       |
|          | 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 次× 元，共計 元 |    | 次，共計_____元                                                 |                                        | 年 月 日至 |       |
|          | 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 次× 元，共計 元 |    | 次，共計_____元                                                 |                                        | 月 日    |       |
|          | 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 次× 元，共計 元 |    | 次，共計_____元                                                 |                                        | 共 個月   |       |
|          | 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 次× 元，共計 元 |    | 次，共計_____元                                                 |                                        | 共計 元   |       |
| 承辦人      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 課長/會計     |    |                                                            | 區長/主任                                  |        |       |
| 複核結果     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 交通費       |    | 療育費                                                        |                                        | 同意補助   |       |
|          | 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 次× 元，共計 元 |    | 次，共計_____元                                                 |                                        | 年 月 日至 |       |
|          | 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 次× 元，共計 元 |    | 次，共計_____元                                                 |                                        | 月 日    |       |
|          | 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 次× 元，共計 元 |    | 次，共計_____元                                                 |                                        | 共 個月   |       |
|          | 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 次× 元，共計 元 |    | 次，共計_____元                                                 |                                        | 共計 元   |       |
| 承辦人      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 專員/科長     |    |                                                            | 局長                                     |        |       |

# 臺南市政府社會局發展遲緩兒童療育補助（附表二）

## 早期療育治療交通紀錄卡

兒童姓名：\_\_\_\_\_

出生年月日：\_\_\_\_\_

※每張紀錄卡僅用於當月份，次月請重新填寫新的紀錄卡。

※【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】

|                                                     |                                                    |                                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 療育月份：_____年_____月                                   |                                                    |                                                    |
| 1. _____月_____日<br>治療項目：<br><br>簽章：<br>醫療(療育)單位蓋章：  | 2. _____月_____日<br>治療項目：<br><br>簽章：<br>醫療(療育)單位蓋章： | 3. _____月_____日<br>治療項目：<br><br>簽章：<br>醫療(療育)單位蓋章： |
| 4. _____月_____日<br>治療項目：<br><br>簽章：<br>醫療(療育)單位蓋章：  | 5. _____月_____日<br>治療項目：<br><br>簽章：<br>醫療(療育)單位蓋章： | 6. _____月_____日<br>治療項目：<br><br>簽章：<br>醫療(療育)單位蓋章： |
| 7. _____月_____日<br>治療項目：<br><br>簽章：<br>醫療(療育)單位蓋章：  | 8. _____月_____日<br>治療項目：<br><br>簽章：<br>醫療(療育)單位蓋章： | 9. _____月_____日<br>治療項目：<br><br>簽章：<br>醫療(療育)單位蓋章： |
| 10. _____月_____日<br>治療項目：<br><br>簽章：<br>醫療(療育)單位蓋章： | /                                                  |                                                    |
| 初核                                                  | 核定_____年_____月<br>_____次*_____元=交通費補助_____元        | 公所承辦人員核章                                           |
| 複核                                                  | 核定_____年_____月<br>_____次*_____元=交通費補助_____元        | 市府承辦人員核章                                           |

申請說明：

1. 本記錄卡僅為申請台南市發展遲緩兒童早期療育交通補助費之用。
2. 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、心理遊戲治療、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。
3. 補助之交通費，非低收入戶家庭每人每次補助金額為 200 元，每月最高 10 次，低收入戶家庭每人每次補助金額 500 元，每月最高 10 次。
4. 交通及療育兩項補助每月合計最高補助 3,000 元，列冊低收入戶附證明可每月補助 5,000 元。
5. 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章。

# 臺南市政府社會局發展遲緩兒童療育補助（附表三）

## 早期療育治療紀錄卡及收據憑證黏貼單

療育月份：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月（請按月份，每月填寫一張）

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<br>(需全名完整填寫) | 執行療育人員<br>簽章 | 療育項目<br>(需明確填寫) | 療育自費<br>金額 | 社會局<br>核定金額 |
|----|------|---------------------|--------------|-----------------|------------|-------------|
| 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(請按照日期黏貼)

※請將收據黏貼牢固，並按照日期黏貼；掛號費及診斷證明、及其他非屬療育之項目不得補助。

|    |                                            |          |
|----|--------------------------------------------|----------|
| 初核 | 核定_____年_____月_____日至_____日<br>療育費補助_____元 | 公所承辦人員核章 |
| 複核 | 核定_____年_____月_____日至_____日<br>療育費補助_____元 | 市府承辦人員核章 |

申請說明：

1. 本記錄卡僅為申請台南市政府社會處發展遲緩兒童早期療育交通療育費補助之用。
2. 填寫此表請按照日期順序由上往下填寫，每月填寫一張。
3. 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、心理遊戲治療、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。
4. 補助之療育費，依實際自費額度補助，每次最高金額為 675 元。
5. 收據需為正本，請裝訂於裝訂處。
6. 交通及療育兩項補助每月合計最高補助 3,000 元，列冊低收入戶附證明可每月補助 5,000 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章。

# 臺南市發展遲緩兒童療育補助申請表(機構用)

提供服務單位：\_\_\_\_\_

申請：第 ☐ 1 季、☐ 2 季、☐ 3 季、☐ 4 季

☐新案

☐舊案

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |        |                                                                                           |           |       |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|------------|
| 申請人                                                                                                                                                                                                                                                                  | 姓<br>名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |        |                                                                                           |           | 與兒童關係 |            |
| 兒童                                                                                                                                                                                                                                                                   | 姓<br>名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 性<br>別 |                                                                                           | 出生年<br>月日 |       | 身分證字號      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | 戶籍地址：_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |        |                                                                                           |           |       | 聯絡電話：_____ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | 通訊地址： <input type="checkbox"/> 同上                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |        |                                                                                           |           |       |            |
| 身分別： <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 發展遲緩者 <input type="checkbox"/> 疑似發展遲緩者 <input type="checkbox"/> 低收入戶<br><input type="checkbox"/> 原住民子女 <input type="checkbox"/> 外籍配偶子女，國籍：_____( <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |        |                                                                                           |           |       |            |
| 檢附證件                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 申請表(本表) <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本(或全戶戶籍謄本)<br><input type="checkbox"/> 低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本<br><input type="checkbox"/> 鑑輔會緩讀證明(達就學年齡但未入小學就讀者)<br><input type="checkbox"/> (疑似)發展遲緩證明書影本或綜合報告書(一年內有效)<br><input type="checkbox"/> 療育輔導等相關紀錄影本。 <input type="checkbox"/> 其他 _____<br>(以上影本文件應簽名或蓋章加註與正本相符，以確認資料屬實) |  |        |                                                                                           |           |       |            |
| 領有其他補助                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 否    : <input type="checkbox"/> 已由兒童戶籍地區公所申請本補助<br><input type="checkbox"/> 「身心障礙者托育養護費用補助」<br><input type="checkbox"/> 「臺南市弱勢兒童及少年醫療費用補助」                                                                                                                                                                                                  |  |        |                                                                                           |           |       |            |
| 服務內容                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |        | <input type="checkbox"/> 定點療育 <input type="checkbox"/> 到宅療育 <input type="checkbox"/> 日間托育 |           |       |            |

申請人簽章處：\_\_\_\_\_

申請日期：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

註：

- 申請表請勿塗改，如有塗改請收件承辦人員於塗改處加蓋職章。
- 時段療育費：每人每小時補助新臺幣四百五十元（每次不超過一個半小時、每月最高五次）。
- 交通費：以受補助兒童住處或核定地點與機構之距離為計算標準，未滿二十公里者每人每次新臺幣三百元，每月最高新臺幣一千兩百元；二十公里以上者每人每次新臺幣三百七十五元，每月最高新臺幣一千五百元。