

臺南市政府社會局發展遲緩兒童療育補助申請表(表一)

初審單位：_____區公所(應為幼兒戶籍所在地公所) 申請日期：_____年_____月_____日(請務必填寫)

申請人	姓名	請於就診日起4個月內申請	與兒童關係	聯絡電話			
兒童資料	姓名		☐ 男生 ☐ 女生	出生日期	身分證字號		
	戶籍地址：					1. 首次申請： ☐ 是 ☐ 否(為「是」者，請續下一題)	
	通訊地址：(☐ 同上)					2. 已通報本市兒童早期發展服務管理中心： ☐ 是 ☐ 否	
	身分別： ☐ 疑似發展遲緩/ ☐ 發展遲緩/ ☐ 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	☐ 交通費補助紀錄卡 ☐ 療育補助紀錄卡及收據憑證單(需貼附繳費收據正本) ☐ 戶口名簿影本 ☐ 郵局存摺封面影本 ☐ 低收入戶證明 ☐ 鑑輔會緩讀證明(達就學年齡但未入小學就讀者) ☐ 1.(疑似)發展遲緩證明書影本(開立日起一年內有效) ☐ 2. 聯合評估中心綜合報告書影本 ☐ 3. 身心障礙證明影本(註：1. 2. 3. 請擇一檢附)						
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，並確認兒童未領有臺南市「身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助」、「弱勢兒童及少年醫療費用補助」等相同性質之其他補助及確認兒童「尚未在本市任一家早療機構接受療育並申請療育金」。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與緩讀身分等相關資料並同意配合訪視或寄送福利資訊。						
區公所初核結果	項目	交通費補助(元)		療育費補助(元)		立切結書人：	
	月	次×	元，共計	元	_____元		(本人已詳閱注意事項並親自簽名或蓋章)
	月	次×	元，共計	元	_____元		
	月	次×	元，共計	元	_____元		
	月	次×	元，共計	元	_____元		
						初核結果： _____年_____月至_____年_____月 同意補助_____元。	
承辦人核章：_____ 課長核章：_____ 區長核章：_____							
社會局複核結果	項目	交通費補助(元)		療育費補助(元)		複核結果	
	月	次×	元，共計	元	_____元		_____年_____月至_____年_____月 同意補助_____元。
	月	次×	元，共計	元	_____元		
	月	次×	元，共計	元	_____元		
	月	次×	元，共計	元	_____元		
承辦人核章：_____ 單位主管核章：_____							

臺南市政府社會局發展遲緩兒童療育補助(表二)

早期療育交通紀錄卡

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，請於就診日起4個月內提出申請。

※【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		
次數 1: _____月_____日 治療項目： 療育人員簽章： 醫療(療育)單位蓋章：	次數 2: _____月_____日 治療項目： 療育人員簽章： 醫療(療育)單位蓋章：	次數 3: _____月_____日 治療項目： 療育人員簽章： 醫療(療育)單位蓋章：
次數 4: _____月_____日 治療項目： 療育人員簽章： 醫療(療育)單位蓋章：	次數 5: _____月_____日 治療項目： 療育人員簽章： 醫療(療育)單位蓋章：	次數 6: _____月_____日 治療項目： 療育人員簽章： 醫療(療育)單位蓋章：
次數 7: _____月_____日 治療項目： 療育人員簽章： 醫療(療育)單位蓋章：	次數 8: _____月_____日 治療項目： 療育人員簽章： 醫療(療育)單位蓋章：	次數 9: _____月_____日 治療項目： 療育人員簽章： 醫療(療育)單位蓋章：
次數 10: _____月_____日 治療項目： 療育人員簽章： 醫療(療育)單位蓋章：		
初核	核定_____年_____月_____次×_____元=_____元	
複核	核定_____年_____月_____次×_____元=_____元	

申請說明：

1. 本記錄卡僅為申請臺南市政府社會局發展遲緩兒童早期療育交通費補助之用。
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，每月最高補助 10 次，低收入戶家庭每人每次補助金額 500 元，每月最高補助 10 次。
4. 交通及療育兩項補助金額合計：非低收入戶每月最高補助 3,000 元，低收入戶每月最高補助 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戳章。

臺南市政府社會局發展遲緩兒童療育補助(表三)

早期療育治療紀錄及收據憑證黏貼單

療育月份：_____年_____月（請按月份，每月填寫一張，於就診日起 4 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)

※請將收據黏貼牢固，並按照日期黏貼；掛號費、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。

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發展遲緩兒童早期療育療育費補助之用。
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. 療育收據需為正本，請依序黏貼於黏貼處。
4. 療育費每次最高補助金額為 675 元；自費金額低於 675 元時，則依實際自費金額補助。
5. 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。
6. 交通及療育兩項補助金額合計：非低收入戶每月最高補助 3,000 元，低收入戶每月最高補助 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戳章。