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：新營區　　申請日期：　年　月　日(請務必填寫)

申請人	姓名	吳00	與兒童關係	父子	聯絡電話	6123456、0912345678	
兒童資料	姓名	吳00	■男生 □女生	出生日期	103.02.12	身分證字號	R123456789
	通訊地址：臺南市新營區00路00號						
	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) □新住民子女(□父□母)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	吳00	身分證字號	R123456789	局號	012345	帳號	01234567

1. 本人已詳讀本表內容，且據實提供各項資料及文件，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。如有違反上述情形，繳回已受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。

申請人：　　(簽名或蓋章)

	項目	交通費補助(元)	療育費補助(元)	同意補助
初核結果	月	次×　元，共計　元	_____元	年　月　日至
	月	次×　元，共計　元	_____元	年　月　日
	月	次×　元，共計　元	_____元	共　個月
	月	次×　元，共計　元	_____元	計　元
承辦人核章		課長核章	區長核章	

	項目	交通費補助(元)	療育費補助(元)	同意補助
複核結果	月	次×　元，共計　元	_____元	年　月　日至
	月	次×　元，共計　元	_____元	年　月　日
	月	次×　元，共計　元	_____元	共　個月
	月	次×　元，共計　元	_____元	計　元
承辦人核章		科長核章	局長核章	

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。

※【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 治療項目： 簽章： 醫療(療育)單位蓋章：	2. _____月_____日 治療項目： 簽章： 醫療(療育)單位蓋章：	3. _____月_____日 治療項目： 簽章： 醫療(療育)單位蓋章：
4. _____月_____日 治療項目： 簽章： 醫療(療育)單位蓋章：	5. _____月_____日 治療項目： 簽章： 醫療(療育)單位蓋章：	6. _____月_____日 治療項目： 簽章： 醫療(療育)單位蓋章：
7. _____月_____日 治療項目： 簽章： 醫療(療育)單位蓋章：	8. _____月_____日 治療項目： 簽章： 醫療(療育)單位蓋章：	9. _____月_____日 治療項目： 簽章： 醫療(療育)單位蓋章：
10. _____月_____日 治療項目： 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）

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。