

## 彰化縣政府發展遲緩兒童早期療育補助費申請表

【家長填勾選申請類別：療育費交通費到宅服務費】

收件單位填：申請日期 年 月 日

兒 童	姓名		性別		生日	____年____月____日	身分證字號	
	戶籍地址：							
	家庭狀況： <input type="checkbox"/> 非低收入戶家庭 <input type="checkbox"/> 低收入戶家庭 <input type="checkbox"/> 寄養家庭							
	國籍	父： <input type="checkbox"/> 台灣籍 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 外國籍			證明有效日期：		____年____月____日	
	母： <input type="checkbox"/> 台灣籍 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 外國籍							
遲緩 狀況	<input type="checkbox"/> 發展遲緩證明，項目： <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 粗大動作 <input type="checkbox"/> 精細動作 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 其他：_____							
	<input type="checkbox"/> 身心障礙證明，第_____類，程度：_____							
本案申請療育項目(非遲緩項目不得申請)： <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 物理 <input type="checkbox"/> 職能 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 其他：_____								
申 請 人	姓名		性別		身分證字號		聯絡電話	
	通訊地址： <input type="checkbox"/> 同兒童戶籍地 縣市_____鄉鎮市區_____里_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓							
	與兒童關係： <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 父女 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 母女 <input type="checkbox"/> 社福機構負責人 <input type="checkbox"/> 寄養家庭 <input type="checkbox"/> 其他：_____							
撥款 帳戶	郵局帳戶名稱：_____存摺號碼：局號_____帳號_____							
	受款人身份證字號：_____受款人身份別： <input type="checkbox"/> 兒童本人 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 其他：_____							
立 切 結 書	已瞭解本補助僅核可兒童經評估具該類遲緩需求項目，非健保特約之本縣自費療育單位亦僅補助該年度縣府核可自費療育單位及其內容。申請人有義務提供正確資料，並同意受理單位查調申請所需資料。另兒童之發展遲緩項目已無遲緩時，或因故申請原因消失時，申請人或服務機構應通知縣府停止補助，若未通報，一經查證屬實，得追回溢領金額。 申請人簽名：_____							
檢 附 證 件	下列證明文件請依序排列並裝訂於左上角：							
	<input type="checkbox"/> 1. 本申請表(加附影本)乙份。							
	<input type="checkbox"/> 2. 提供療育單位所開立之治療紀錄單(申請交通費者請加附影本)乙份，申請到宅服務費不需檢附)。							
	<input type="checkbox"/> 3. 自行負擔之療育費用收據正本(加附影本)乙份。							
	<input type="checkbox"/> 4. 健保特約門診部分負擔收據正本(加附影本)乙份，限復健科或兒童發展評估門診收據)。							
	<input type="checkbox"/> 5. 身心障礙證明(依有效期間認定)或發展遲緩診斷證明書(各地方政府認可之醫院)或早療綜合報告書影本(依有效期間認定)(每次應附影本)。							
	<input type="checkbox"/> 6. 兒童或申請人郵局存簿封面影本(如當年度曾申請，免附)。							
	<input type="checkbox"/> 7. 具詳細記事戶口名簿影本(如當年度曾申請，免附)。							
	<input type="checkbox"/> 8. 緩讀證明(達就學年齡但未入小學就讀者)(如當年度曾申請，免附)。							
	<input type="checkbox"/> 9. 低收入戶證明(非低收入戶免附)。							
<input type="checkbox"/> 10. 寄養家庭契約書影本(非寄養家庭免附)。								
補 助 申 請 金 額	月份		交通費		療育費 (包含部分負擔費用)		到宅服務費	
補助交通費_____元，療育費/部分負擔_____元，到宅服務費_____元 合計新臺幣_____萬_____仟_____佰_____拾_____元								
以下欄位由單位勾選								
單 位 檢 核	<input type="checkbox"/> 以下皆完成，並以確認個案福利身份別： <input type="checkbox"/> 非低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 寄養家庭							
	<input type="checkbox"/> (1)依季申請案件資料備齊(1式2份：申請表、療育紀錄、收據；身分證明、存簿、戶口名簿等)。							
	<input type="checkbox"/> (2)綜合報告書/診斷證明書/身障證明應於有效期限內。							
	<input type="checkbox"/> (3)療育單位為健保特約；該年度彰化縣政府或其他縣市核可自費療育單位及人員。							
<input type="checkbox"/> (4)兒童所做「療育課程」需對應其「發展遲緩項目」。								

註1：每季申請一次，家長應於4月5日前(第1季)、7月5日前(第2季)、10月5日前(第3季)(如遇假日則順延)提出申請，第4季申請僅受理10、11月份補助並於12月5日前截止收件，另12月納入隔年4月申請。資料請寄送：依服務個案之兒童發展通報轉介中心或兒童發展社區資源服務中心。如有疑問請洽詢 04-8837588、04-7532282、04-7532382。

註2：申請此項補助之受補助者須戶籍地設於彰化縣境內，戶籍設於外縣市者無法申請此補助。另無國籍者須實際居住本縣始可申請補助。

## 彰化縣政府發展遲緩兒童早期療育交通補助費

\_\_\_年\_\_\_月療育紀錄單

兒童姓名：\_\_\_\_\_

次數 1 ____年__月__日 療育單位：  療育項目：  治療人員：	次數 2 ____年__月__日 療育單位：  療育項目：  治療人員：	次數 3 ____年__月__日 療育單位：  療育項目：  治療人員：	次數 4 ____年__月__日 療育單位：  療育項目：  治療人員：
次數 5 ____年__月__日 療育單位：  療育項目：  治療人員：	次數 6 ____年__月__日 療育單位：  療育項目：  治療人員：	次數 7 ____年__月__日 療育單位：  療育項目：  治療人員：	次數 8 ____年__月__日 療育單位：  療育項目：  治療人員：
次數 9 ____年__月__日 療育單位：  療育項目：  治療人員：	次數 10 ____年__月__日 療育單位：  療育項目：  治療人員：	次數 11 ____年__月__日 療育單位：  療育項目：  治療人員：	次數 12 ____年__月__日 療育單位：  療育項目：  治療人員：
次數 13 ____年__月__日 療育單位：  療育項目：  治療人員：	次數 14 ____年__月__日 療育單位：  療育項目：  治療人員：	次數 15 ____年__月__日 療育單位：  療育項目：  治療人員：	本欄由審核單位填寫 ____年__月 核定____次 每次 200 元 共計_____元

註：1. 本表每月填寫一張。每季申請一次，家長應於 4 月 5 日前（第 1 季）、7 月 5 日前（第 2 季）、10 月 5 日前（第 3 季）（如遇假日則順延）提出申請，第 4 季申請僅受理 10、11 月份補助並於 12 月 5 日前截止收件，另 12 月納入隔年 4 月申請。

2. 交通費以「治療日期」核算補助次數。同一日於同一家醫院進行 2 種以上療育項目者，以一次赴診計；同一日於二家以上醫院進行療育者，亦同。

3. 提供療育單位於本紀錄單上逐次註明療育日期、單位名稱、項目，並由療育人員於該表逐一核職名章。有塗改處請療育人員加蓋職章。

4. 本表不敷使用可自行影印空白表。

5. 申請到宅服務費者不需填寫此表格。