

首次申請，完成通報日： 年 月 日

低收入戶(檢附低收入證明者請勾選)

## 臺中市政府社會局辦理發展遲緩兒童交通及療育補助申請表(表一)

審核單位：\_\_\_\_\_區公所

本次申請流水號：第 \_\_\_\_\_ 季 \_\_\_\_\_ 號

兒 童	姓名		性 別		生 日		身分證 字號		
	戶籍 地址	臺中市 _____ 區 _____ 里 _____ 路 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓							
	遲緩 狀況	<input type="checkbox"/> 身心障礙證明，第_____類，程度： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 發展遲緩證明，類別： <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 動作 <input type="checkbox"/> 社會情緒 <input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 其他發展 <input type="checkbox"/> 疑似發展遲緩證明，類別： <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 動作 <input type="checkbox"/> 社會情緒 <input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 其他發展							
父		母		為：		<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民：_____ <input type="checkbox"/> 大陸 <input type="checkbox"/> 港澳 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母為： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民：_____ <input type="checkbox"/> 大陸 <input type="checkbox"/> 港澳			
需 自 行 準 備 之 資 料	<input type="checkbox"/> 1.申請表【本表】 <input type="checkbox"/> 2.療育紀錄卡-交通補助【表二】 <input type="checkbox"/> 3.療育紀錄卡-療育補助【表三】(貼附收據正本) <input type="checkbox"/> 4.有效期限內身障證明或評估報告書或區域級以上醫院 相關科別診斷證明書影本(到期日：_____年_____月_____日) <input type="checkbox"/> 5.三個月內電子戶籍謄本或新式戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 6.兒童(或監護人)郵局存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 7.低收入戶證明影本 <input type="checkbox"/> 8.其他文件證明_____						郵 局 撥 款 帳 戶	局號 <input type="text"/> <input type="text"/> 帳號 <input type="text"/> <input type="text"/> 戶名： <input type="checkbox"/> 同受補助兒童 <input type="checkbox"/> 同申請人 <small>註1:若申請人非父母/監護人，須以            主要照顧者為主，請附切結書 P.29            註2:初次申請或變動時須檢附存摺            影本。</small>	
	姓名		身分證字號 (居留證號碼)		與兒童 關係			電 家： 話 行動：	
申 請 人	通訊 地址	<input type="checkbox"/> 同上 _____ 縣市 _____ 鄉鎮市區 _____ 里 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓							
	<input type="checkbox"/> 本人已詳讀本表內容，各項資料及所附文件均屬實，並同意貴單位查調戶籍資料且確認兒童未領有臺中市「身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助」等相同性質之其他補助。另如有搭乘身心障礙復康巴士、交通車前往療育地點，該趟次不得重複申請交通費補助，如有違反上述情形，無條件繳回已受領之補助並願負法律責任。 中華民國_____年_____月_____日 立切結書人：_____ (簽名或蓋章)								

審 查 核 定 金 額  (由審核人員寫)	月份	交通費(單位:元)	療育費(單位:元)	合計
	月	次×200元=	次× 元=	元
	月	次×200元=	次× 元=	元
	月	次×200元=	次× 元=	元
	月	次×200元=	次× 元=	元
	總計	核定交通補助 元	核定療育補助 元	元
		承辦人		單位主管

## 臺中市早期療育紀錄卡—交通補助(表二)

兒童姓名：\_\_\_\_\_

月 份：\_\_\_\_\_

※療育日期、項目、單位、人員請確實填寫核章；若有塗改請療育人員務必加蓋職章！

療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)	療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)	療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)	療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)
療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)	療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)	療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)	療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)
療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)	療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)	療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)	療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)
<b>核定金額</b>	(本欄由受理單位填寫) _____年_____月，核定交通費：_____次*200，合計_____元		

※注意事項：

1. 補助次數：同一天交通費補助不超過2次；同一天同一療育單位僅補助一次交通費；家中兄弟姊妹同天至同單位進行療育課程，交通費以一次計算。
2. 療育日期：醫檢證明開立後且完成通報，交通費補助始可受理。
3. 療育項目：包括物理治療、職能治療、語言治療、心理治療、針灸治療(限領有身障證明者)、水中運動治療、聽覺復健、認知學習、音樂療育、遊戲療育、藝術療育、戲劇療育、定向訓練、馬術療育、體適能。
4. 療育單位：以健保特約醫院或本局核可之早期療育單位為限。

## 臺中市早期療育紀錄卡—療育補助(表三)

兒童姓名：\_\_\_\_\_

月 份：\_\_\_\_\_

※療育日期、項目、單位、人員請確實填寫核章；若有塗改請療育人員務必加蓋職章！

單位蓋章及收據正本	日期	自費金額	核定金額
療育單位: _____ 療育項目: _____ 療育人員(蓋章) _____	月 日		
收據正本浮貼處	月 日		
	月 日		
	月 日		
療育單位: _____ 療育項目: _____ 療育人員(蓋章) _____	月 日		
收據正本浮貼處	月 日		
	月 日		
	月 日		
療育單位: _____ 療育項目: _____ 療育人員(蓋章) _____	月 日		
收據正本浮貼處	月 日		
	月 日		
	月 日		

(審核人員填寫) 療育費補助合計: \_\_\_\_\_ 元

※注意事項：

1. 療育次數：(1)同一院所相同療育項目，每天最多 1 次 (2)同一院所不同療育項目，每天最多 2 次 (3)不同院所相同療育項目，每天最多 2 次 (4)不同院所不同療育項目，每天最多 2 次。
2. 療育單位：本局核可早期療育自費療育單位為限。
3. 療育日期：診斷書開立日起並完成通報後之療育費才可受理。
4. 執行療育人員：需為本局核可之療育人員，並請蓋職章（姓名＋職務）。
5. 療育項目：包括物理治療、職能治療、語言治療、心理治療、針灸治療(限領有身障證明者)、水中運動治療、聽覺復健、認知學習、音樂療育、遊戲療育、藝術療育、戲劇療育、定向訓練、馬術療育、體適能。
6. 療育單據：(1)須為正本，請務必黏貼於上方黏貼處 (2)單位收據需有：立案字號、地址、統編、電話、機構章、療育日期、療育項目、療育項目之單價。
7. 掛號費、健保給付項目之基本部份負擔不予補助。