

臺中市弱勢醫療記錄卡—交通補助記錄表(低收)

兒童姓名：_____

月 份：_____

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)
審 查 結 果	(本欄由社會局填寫) ____年____月，核定：交通費：____次*200=____元，合計____元		

申請說明：

1. 補助資格：需具有低收戶證明。
2. 申請表請勿塗改，有塗改需重新填寫（或請執行療育人員於塗改處加蓋職章）
3. 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。
4. 療育日期：診斷書開立日期後之交通費始可受理。
5. 療育項目：包括認知學習、物理治療、職能治療、語言治療、感覺統合治療、音樂治療、遊戲治療、心理治療、藝術治療、戲劇治療、聽能訓練、針灸治療。
6. 療育單位：以健保特約醫院或本府核可之早期療育單位為限。
7. 補助上限：交通費補助每人每次最高補助金額為 200 元，每月補助與療育費用合計最高 5,000 元。
8. 療育單位、療育項目及療育人員請用印章，避免用手寫。
9. **請家長務必請療育機構之療育執行人員蓋職章並需加蓋療育單位戳記，方為有效證明。**