

臺中市弱勢醫療記錄卡—療育訓練費補助

兒童姓名：_____

月份：_____

【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核章欄加蓋職章。】

| 次數 | 療育日期 | 療育單位 | 療育人員蓋章 | 療育項目 | 自費金額 | 核定金額 |
|----|------|------|--------|------|------|------|
| 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

申請說明：

- 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）
- 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。
- 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。
- 療育日期：以診斷書開立日期後之療育才可受理。
- 執行療育人員：請蓋職章（姓名+職務）
- 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。
- 療育單據：(1)如採預付方式，請於收據上註明療育日期，並請執行療育人員加蓋職章(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。**

收 據 黏 貼 處

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page. It is intended for pasting receipts, as indicated by the header text above it.