

☐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	☐ 身心障礙證明，第 類，程度： ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度 ☐ 發展遲緩證明，類別： ☐ 認知 ☐ 語言 ☐ 動作 ☐ 社會情緒 ☐ 聽力 ☐ 其他發展 ☐ 疑似發展遲緩證明，類別： ☐ 認知 ☐ 語言 ☐ 動作 ☐ 社會情緒 ☐ 聽力 ☐ 其他發展						
	☐ 父 ☐ 母為： ☐ 本國籍 ☐ 原住民 ☐ 新住民： 大陸 港澳 ☐ 父 ☐ 母為： ☐ 本國籍 ☐ 原住民 ☐ 新住民： 大陸 港澳							
需 自 行 準 備 之 資 料	☐ 1.申請表【本表】 ☐ 2.療育紀錄卡-交通補助【表二】 ☐ 3.療育紀錄卡-療育補助【表三】(貼附收據正本) ☐ 4.有效期限內之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(到期日期： 年 月 日) ☐ 5.三個月內電子戶籍謄本或新式戶口名簿影本 ☐ 6.兒童(或監護人)郵局存摺封面影本 ☐ 7.低收入戶證明影本 ☐ 8.其他文件證明						局號 帳號 戶名： ☐ 同受補助兒童 ☐ 同申請人 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.31. 註2：初次申請或變動時須檢附存摺影本。	
	姓名		身分證字號 (居留證號碼)		與兒童 關係		電 話	家： 行動：
申 請 人	通訊 地址	☐ 同上 縣市 鄉鎮市區 里 路/街 段 巷 弄 號 樓						
	☐ 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：_____

【療育單位以健保特約醫院或本局核可之早期療育單位為限】

※療育日期、項目、單位、人員，請確實填寫或核章；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)

核定金額	(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：

- 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。**
- 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。
- 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。
- 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：_____

【療育單位以本局核可早期療育單位為限】

※療育日期、項目、單位、人員，請確實填寫或核章；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)_____ 收據正本浮貼處	月	日			
	月	日			
	月	日			
	月	日			
療育單位：_____ 療育項目：_____ 療育人員(蓋章)_____ 收據正本浮貼處	月	日			
	月	日			
	月	日			
	月	日			
療育單位：_____ 療育項目：_____ 療育人員(蓋章)_____ 收據正本浮貼處	月	日			
	月	日			
	月	日			
	月	日			

(審核人員填寫) 療育費補助合計：_____元

※注意事項：

- 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：本局核可早期療育自費療育單位為限。
- 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。
- 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）。
- 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。
- 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。
- 掛號費、健保給付項目之基本部份負擔不予補助。