

臺北市政府社會局 106 年度發展遲緩兒童療育補助申請書

申請日期： 年 月 日

申請人資料	姓名 (機構名稱)	身分證統一編號 (機構統一編號)	
	聯絡電話	(手機) (日) (夜)	
	關係	<input type="checkbox"/> 父母親 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 主要照顧者(關係：) <input type="checkbox"/> 地方政府指定之療育單位(名稱：)	

兒童資料	姓名	身分證統一編號	
	出生日期	年 月 日	緩讀與否 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(緩讀至 年)
	經濟身分	<input type="checkbox"/> 一般戶或中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶/卡號：	
	戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 臺北市 區 路/街 段 巷 弄 號 樓之	
	通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 路 <input type="checkbox"/> 同上 市 市區 街 段 巷 弄 號 樓之	

補助申請資料	以「按季申請」為原則。本次申請： <input type="checkbox"/> 1-3 月 <input type="checkbox"/> 4-6 月 <input type="checkbox"/> 7-9 月 <input type="checkbox"/> 10-12 月 <input type="checkbox"/> 其他 月~ 月			
	月份	A 療育訓練費 (自費收據)	B 交通補助費 (單日 200 元)	C 申請金額 (A+B)
	補助申請受理期間			
		療育月份	申請期間	療育月份 申請期間
		1 月	2/1-4/30	7 月 8/1-10/31
		2 月	3/1-5/31	8 月 9/1-11/30
	3 月	4/1-6/30	9 月 10/1-12/31	
	4 月	5/1-7/31	10 月 11/1-1/31	
	5 月	6/1-8/31	11 月 12/1-2/28	
	6 月	7/1-9/30	12 月 隔年 1/1-3/31	
本次申請補助金額總計： 元				

應備文件	<input type="checkbox"/> 療育單據(收據,註明單月金額)或療育紀錄正本,共 張(影本應加蓋療育單位戳章或治療師職名章,並註明療育日期、項目)	
	<input type="checkbox"/> 衛生福利部輔導設置聯合評估中心或各縣市政府認可之評估醫院開具之綜合評估報告書或 1 年內開立之發展遲緩診斷證明書(曾經檢附或領有有效身心障礙證明或手冊者免附,綜合評估報告書有效期間依其有效期間認定之,未註記者按評估完成日起 1 年內認定有效)	
	<input type="checkbox"/> 其他證明文件(無則免附)(<input type="checkbox"/> 暫緩入學之證明影本、 <input type="checkbox"/> 寄養家庭契約或證明)	
	<input type="checkbox"/> 申請人本人或兒童之郵局或臺北富邦銀行存摺影本(帳號、戶名須影印清楚)	
	<input type="checkbox"/> 郵局 局號： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 帳號： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 戶名：	<input type="checkbox"/> 臺北富邦銀行 分行 帳號： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 戶名：
	<input type="checkbox"/> 戶名非申請人或兒童,請註明帳戶持有人身分證字號： 與兒童關係：	

注意事項	1、本人已詳閱臺北市政府社會局發展遲緩兒童療育補助計畫,了解已獲補助之「月份」不得重複提出申請之規定,並已確認本次申請之月份及金額無誤。 2、本人確認兒童實際居住臺北市,同意社會局查調本案所需戶籍、身心障礙及低收入戶資格與緩讀身分等相關資料,並同意配合抽查、訪視或寄送福利資訊。 3、本人了解交通補助費與療育訓練費合併計算,一般戶(含中低收入戶)每人每月最高補助金額新臺幣 3,000 元,低收入戶每人每月最高補助 5,000 元。 4、本案申請資料填寫如有不實,本人願負所有法律責任。	申請(填表)人： (親筆簽名或蓋章)
------	--	---------------------------

審核結果(本欄由社會局填寫)

<input type="checkbox"/> 一般或中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 確有緩讀 <input type="checkbox"/> 戶籍資料符合 <input type="checkbox"/> 評估到期日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 已補助 ~ 月 <input type="checkbox"/> 核定 106 年 月 ~ 月 療育補助新臺幣 元
--

承辦人員	複核人員	單位主管
------	------	------

申請資料請「掛號」郵寄至：11008 臺北市信義區市府路 1 號(臺北市政府社會局身心障礙者福利科)
 聯絡電話：1999(外縣市請撥 02-27208889) 轉分機 1617、2268 傳真：02-27209229

姓 名		身分證統一編號	
出生日期		聯絡電話	
次數 1		次數 2	
年 月 日		年 月 日	
療育單位：		療育單位：	
療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正		療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	
治療師職名章： (療育單位戳章)		治療師職名章： (療育單位戳章)	
次數 3		次數 4	
年 月 日		年 月 日	
療育單位：		療育單位：	
療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正		療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	
治療師職名章： (療育單位戳章)		治療師職名章： (療育單位戳章)	
次數 5		次數 6	
年 月 日		年 月 日	
療育單位：		療育單位：	
療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正		療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	
治療師職名章： (療育單位戳章)		治療師職名章： (療育單位戳章)	
次數 7		次數 8	
年 月 日		年 月 日	
療育單位：		療育單位：	
療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正		療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	
治療師職名章： (療育單位戳章)		治療師職名章： (療育單位戳章)	
次數 9		次數 10	
年 月 日		年 月 日	
療育單位：		療育單位：	
療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正		療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	
治療師職名章： (療育單位戳章)		治療師職名章： (療育單位戳章)	
次數 11		次數 12	
年 月 日		年 月 日	
療育單位：		療育單位：	
療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正		療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	
治療師職名章： (療育單位戳章)		治療師職名章： (療育單位戳章)	
次數 13		次數 14	
年 月 日		年 月 日	
療育單位：		療育單位：	
療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正		療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	
治療師職名章： (療育單位戳章)		治療師職名章： (療育單位戳章)	
次數 15		注意事項：	
年 月 日		1. 本紀錄單請詳實填寫、勾選並核章，未依規定填寫者不予補助。 2. 經查證有偽造或冒用情形，將依法究辦。 3. 申請「療育訓練費」，不得再申請同一療育單位相同療育項目之「交通補助費」。 4. 本紀錄單若欄位不足，請自行重複影印使用。	
療育單位：		療育單位：	
療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正		療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	
治療師職名章： (療育單位戳章)		治療師職名章： (療育單位戳章)	