

____年新竹市發展遲緩及身心障礙兒童療育補助資格審查表

受理單位：新竹市政府委託財團法人伊甸社會福利基金會新竹分事務所辦理

| | | | | | | |
|------------------|--|--|------------|------|------|---|
| 兒童相關資料 | 兒童姓名 | | 身分證 字 號 | | 生日 | |
| | 兒童身分 | <input type="checkbox"/> 原住民子女： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 新住民子女：(國籍)_____ | | | 福利身分 | <input type="checkbox"/> 非低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 |
| | 資格證明 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明 (到期日：_____) <input type="checkbox"/> 聯評綜合報告書(到期日：_____) <input type="checkbox"/> 診斷證明書 (到期日：_____) | | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 戶籍地址 | 新竹市 區 鄰 里 路/街 段 巷 弄 號 樓之 | | | | |
| | 郵局存簿 帳號 | 局號： 帳號： | | 戶名 | | |
| 申請人 相關資料 | 姓 名 | 身分證字號/居留證號 | 國籍 | 聯絡電話 | | |
| | 與兒童之關係 | <input type="checkbox"/> 父母、養父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 主要照顧者及其他：_____ | | | | |
| | 聯絡地址 | <input type="checkbox"/> 如兒童資料 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | |
| | 本人保證此申請表填寫內容及應附文件均屬實，且無下列情事：「療育身分證明逾期」、領有「本市身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助」、「低收入戶及弱勢兒童及少年醫療補助之全民健康保險未涵蓋之發展遲緩兒童療育訓練費補助」，以及接受「本市發展遲緩兒童早期療育到宅服務計畫者」等，如有違反上述情形，除無條件繳回溢領金額外，願負一切法律責任。 立切結書人姓名：_____ (簽章) 日期： 年 月 日 | | | | | |
| 檢 附 證 件 | <input type="checkbox"/> 兒童戶口名簿影本 (申請人與兒童戶籍不同，請附申請人身分證正反面影本) <input type="checkbox"/> 身心障礙證明；聯評報告書；診斷證明書影本(三擇一) <input type="checkbox"/> 兒童之郵局存簿封面影本 <input type="checkbox"/> 低收入戶證明影本(無則免附) <input type="checkbox"/> 暫緩入學證明影本(無則免附) <input type="checkbox"/> 其他_____ (申請人請依序排放並勾選完整) | | | | | |

-----以下欄位由審查單位填寫-----

審查意見及簽章

| | | | | |
|------|--|------------|---------------------------------------|--|
| 初審結果 | <input type="checkbox"/> 符合，補助期限：_____ | | <input type="checkbox"/> 不符合，原因：_____ | |
| 受理人員 | | 受理 單位主管 | | |

-----收執聯 (受理單位簽收後，沿線撕下交予申請人)-----

茲收到兒童 _____ 申請新竹市 _____ 年發展遲緩及身心障礙兒童早期療育費用補助資格審查表 1 份，並符合早療補助申請資格。

| | | | |
|------|--|------|--|
| 經手人員 | | 繳件日期 | |
|------|--|------|--|

註：1. 首次申請者須填本表。
2. 資格審核通過後，始可申請補助。