

# \_\_\_\_\_年新竹市發展遲緩及身心障礙兒童療育補助申請表

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

兒童案號：\_\_\_\_\_（由受理單位填寫） \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月

申請人填寫

兒童姓名

生日

身分證字號

聯絡電話

福利身份

低收入戶

非低收入戶

戶籍地址

應入學年 \_\_\_\_\_年 緩讀是

資格證明

身心障礙證明（到期日：\_\_\_\_\_）

聯評綜合報告書（到期日：\_\_\_\_\_）

診斷證明書（到期日：\_\_\_\_\_）

兒童印章

安置狀況

在家/保母或親屬照顧 就讀園所/托嬰中心名稱\_\_\_\_\_

安置於心路日托班，未獲本市身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助

補助方式：採**每雙月**申請且依實核銷，每月補助上限：非低收入戶 4000 元/月，低收入戶 6000 元/月。當月未申請完的補助餘款，不可合併次月申請。

申請人：\_\_\_\_\_（簽章），與兒童之關係\_\_\_\_\_

受理單位填寫

經審核定補助：

單位：元

月份	療育費	交通費	小計
月			
月			

受理單位初審  
市府  
審

承辦人  
單位主管  
承辦人  
科長  
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申請表單1份。

經手人員	補助月份	繳件日期

**注意事項：**1. 療育補助申請表單、療育費用收據需用正本，不可使用影本或傳真方式。

2. 每次療育補助申請期限如下表，並請於限期內檢附相關憑證向本市早療通報轉介服務提出申請，如遇例假日請提前繳件，逾期無法辦理申請，聯絡人：社會處身障福利科

電話：535-2386 分機 502。

療育時間	1月-2月	3月-4月	5月-6月	7月-8月	9月-10月	11月-12月
申請期限 (收件截止日)	3月15日前	5月15日前	7月15日前	9月15日前	11月15日前	隔年1月5日前

撥款流程：收件截止日→作業期→審查核備→送主計請款→「收件截止日」次月底撥款

\_\_\_\_\_年新竹市發展遲緩及身心障礙兒童療育補助

# 療育訓練費用（      月）收據黏貼憑證單

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

兒童姓名：\_\_\_\_\_（務必填寫）

★備註：自費療育每堂課上限1,000元

次數	療育日期	療育單位	療育人員 蓋章	療育項目	療育金額	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					

填表說明：

1. 療育日期、療育單位、療育項目及療育金額應載明，若有塗改請療育人員務必核章；療育人員蓋章一欄請蓋章，不能簽名替代。
2. 費用若為預付，請於繳費收據上註明療育日期。
3. 繳費收據以正本為主。

繳費收據黏貼處（請依序向下浮貼整齊，如不敷使用，請自行影印。）

\_\_\_\_\_年新竹市發展遲緩及身心障礙兒童療育補助  
交通補助費用（      月）行事曆紀錄單

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

兒童姓名：\_\_\_\_\_ (務必填寫)

日期	1	2	3	4	5
單位 療育項目 職章					
日期	6	7	8	9	10
單位 療育項目 職章					
日期	11	12	13	14	15
單位 療育項目 職章					
日期	16	17	18	19	20
單位 療育項目 職章					
日期	21	22	23	24	25
單位 療育項目 職章					
日期	26	27	28	29	30
單位 療育項目 職章					
日期	31	核定金額：_____天 X200 元= _____元			
單位 療育項目 職章					

填表說明：

1. 請依規定蓋自費療育單位章或醫療院所門診章、治療師職名章。
2. 表格內容若有塗改，應於塗改處加蓋治療師之職名章或醫院之門診章，若未核章則視為無效次數，不予補助。
3. 同一天至兩家以上醫療單位進行療育，或同一天於相同醫療單位進行兩種以上之療育課程，皆以一天計算。
4. 本紀錄單1個月使用1張，請詳實填寫，若經查證有偽造之情形時，本府將保留一切法律追訴權。