

高雄市發展遲緩兒童早期療育費用補助申請表（新案）

103.05 兒福製
1u13

（請參閱背面「申請注意事項」，並以正楷中文書寫申請表） 申請日期： 年 月 日

申
請

應 填 欄 資 料	姓名：	身分證字號：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	出生年月日：民國____年____月____日 <input type="checkbox"/> 緩讀至____年8月（請檢附暫緩入學證明影本）					
	身份別： <input type="checkbox"/> 本國籍配偶子女 <input type="checkbox"/> 原住民配偶子女 <input type="checkbox"/> 大陸配偶（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母）子女 <input type="checkbox"/> 外籍配偶（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母）子女					
	<input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 發展遲緩					
	申請類別： <input type="checkbox"/> 非低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶		第一次申請 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	戶籍地址：					
撥款 帳戶	行名：		分行：			
	戶名：		帳號：			
申 請 人	姓名：	身分證字號：	聯絡電話：			
	與兒童關係： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> （外）祖父母 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 其他（請註明關係）：					
	通訊地址： <input type="checkbox"/> 同兒童戶籍 <input type="checkbox"/> _____					
	本人已詳讀本表內容，且據實提供各項資料及文件，並確認兒童未領有「身心障礙者日間照顧或托育養護補助」、「弱勢兒少醫療補助」等相同性質之其他補助。如有違反上述情形，繳回已受領之補助並願負法律責任。所檢附資料僅用於本補助審查作業，社會局兒童福利服務中心將依個人資料保護法妥善管理。本人同意社會局兒童福利服務中心得查調相關戶籍、身心障礙、低收入戶等相關資料。					
立切結書人：_____（簽名或蓋章） 中華民國____年____月____						
申 請 明 細	（由 申 請 人 或 初 核 單 位 填 寫）	月份	療育訓練費	療育交通費	單月小計	備註
		年 月				
		年 月				
		年 月				
		年 月				
訓練費加總			交通費加總		總計	
初核單位 簽章	承辦人				主管	
審核結果（由市政府主管機關查填）						

<input type="checkbox"/> 通過（戶籍符合規定及評估在效期內），核發__年__月至__年__月療育補助費，總補助金額計新臺幣_____元。 1. 訓練費_____元。 2. 交通費_____元。				
<input type="checkbox"/> 不通過。 審核意見：				
主管機關 簽章	承辦人	主管	秘書	機關首長

高雄市發展遲緩兒童早期療育費用補助申請表（舊案）

103.05 兒福製
1u13

（請參閱背面「申請注意事項」，並以正楷中文書寫申請表） 申請日期： 年 月 日

申
請

人 應 填 欄 位 料	姓名：	身分證字號：	戶籍轄區：		
	出生年月日：民國__年__月__日 <input type="checkbox"/> 緩讀至__年8月（請檢附暫緩入學證明影本）				
	相關遲緩證明之評估有效期：自__年__月至__年__月				
	備註：受補助兒童其他相關資料或福利身分如有異動，請檢附相關證明文件，並於此欄註明。				
申 請 人	姓名：	身分證字號：	聯絡電話：		
	與兒童關係：				
	本人已詳讀本表內容，且據實提供各項資料及文件，並確認兒童未領有「身心障礙者日間照顧或托育養護補助」、「弱勢兒少醫療補助」等相同性質之其他補助。如有違反上述情形，繳回已受領之補助並願負法律責任。所檢附資料僅用於本補助審查作業，社會局兒童福利服務中心將依個人資料保護法妥善管理。本人同意社會局兒童福利服務中心得查調相關戶籍、身心障礙、低收入戶等相關資料。				
立切結書人：_____（簽名或蓋章） 中華民國__年__月__日					
申 請 明 細 （由申請人或初核單位填寫）	月份	療育訓練費	療育交通費	單月小計	備註
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	訓練費加總		交通費加總	總計	

初核單位 簽章	承辦人	主管
審核結果 (由市政府主管機關查填)		
<input type="checkbox"/> 通過 (戶籍符合規定及評估在效期內)，核發__年__月至__年__月療育補助費，總補助金額計新臺幣_____元。 1. 訓練費_____元。 2. 交通費_____元。 <input type="checkbox"/> 不通過。 審核意見：		
主管機關 簽章	承辦人	

_____年度高雄市發展遲緩兒童申領交通費

療育日期證明表

◎兒童姓名：_____

◎家長姓名：_____

【接受療育訓練來回一趟補助 100 元，低收入戶每人每月最多補助 1000 元，

非低收入戶每人每月最多補助 500 元】 **【本表請由療育人員查**

填】

編號	療育日期	醫療/療育單位 (戳章)	療育項目	治療師 /療育人員 (簽章)
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			
11	月 日			
12	月 日			
13	月 日			
14	月 日			
15	月 日			