

高雄市早期療育自費療育單位申請表

基本資料	院所名稱		院所代碼	
	立案登記/業務項目			
	負責人		身分證字號	
	立案地址			
	療育服務地址	<input type="checkbox"/> 同上		
	聯絡人		電話：	E-mail：
應備文件	<input type="checkbox"/> 申請表 <input type="checkbox"/> 開業執照或立案登記證明影本 <input type="checkbox"/> 負責人之身分證明文件影本 <input type="checkbox"/> 早療醫事人員名冊(附件1) <input type="checkbox"/> 早療醫事人員之執業執照正反面影本 <input type="checkbox"/> 早療醫事人員經衛生主管機關認定之執業年資及2年以上相關工作經驗證明及每年接受早療課程訓練時數9小時之時數證明 <input type="checkbox"/> 自費療育項目收費情形(附件2)		單位章戳	
申請日期： 年 月 日				
審核意見	(以下欄位由審查單位填寫) <input type="checkbox"/> 審核通過 <input type="checkbox"/> 資格不符 <input type="checkbox"/> 資料不全，須補件 <input type="checkbox"/> 其他： 日期章戳：			

(單位名稱)

執行自費療育人員名冊

序號	姓名	執業項目	專職/兼職	到職日	執業證號	審核結果 (以下欄位 由審查單位 填寫)
1			<input type="checkbox"/> 專職 <input type="checkbox"/> 兼職，醫事人員支援 核備函號：			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
2			<input type="checkbox"/> 專職 <input type="checkbox"/> 兼職，醫事人員支援 核備函號：			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
3			<input type="checkbox"/> 專職 <input type="checkbox"/> 兼職，醫事人員支援 核備函號：			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
4			<input type="checkbox"/> 專職 <input type="checkbox"/> 兼職，醫事人員支援 核備函號：			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
5			<input type="checkbox"/> 專職 <input type="checkbox"/> 兼職，醫事人員支援 核備函號：			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合

註：本表若不敷使用請自行增加欄位。

(單位名稱)

自費療育項目收費情形

 個別化療育

醫療項目	時間	收費	收費標準說明 ^{註2}	
			醫療項目名稱	最高收費金額或健保點數
_____治療	____分鐘/堂	_____元		
_____治療	____分鐘/堂	_____元		

 團體療育 (團體療育師生比為 1 : 3)

醫療項目	時間	收費	收費標準說明 ^{註2}	
			醫療項目名稱	最高收費金額或健保點數
_____治療	____分鐘/堂	_____元		
_____治療	____分鐘/堂	_____元		

 其他方式

醫療項目	時間	收費	收費標準說明 ^{註2}	
			醫療項目名稱	最高收費金額或健保點數
_____治療	____分鐘/堂	_____元		
_____治療	____分鐘/堂	_____元		

註1：本表若不敷使用請自行增加欄位；並請詳實說明，如經查核不符則依早期療育補助計畫規定辦理。

註2：收費標準說明-填寫說明

- (1) 可依健保支付標準2倍以下收費，請說明健保給付項目名稱及點數。
- (2) 非健保給付項目，請說明高雄市醫療機構收取醫療費用標準表內所訂「項目」及「單價(最高收費)」。(網址路徑：首頁/業務科室/衛生局收費標準/檔案下載
<https://khd.kcg.gov.tw/tw/department/file.php?zone=163&author=0>)
- (3) 倘非屬前開2項範圍內之醫療費用項目，則不得收取該費用，須送衛生局申請新增費用。