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	☐ 同上		
	聯絡人		電話：	E-mail：
應備文件	☐ 申請表 ☐ 開業執照或立案登記證明影本 ☐ 負責人之身分證明文件影本 ☐ 早療醫事人員名冊(附件1) ☐ 早療醫事人員之執業執照正反面影本 ☐ 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 ☐ 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) ☐ 審核通過 ☐ 資格不符 ☐ 資料不全，須補件 ☐ 其他： 日期章戳：			

執行自費療育人員名冊

(單位名稱)

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)
			☐ 專職 ☐ 兼職，醫事人員支援 核備函號：			☐ 符合 ☐ 不符合
			☐ 專職 ☐ 兼職，醫事人員支援 核備函號：			☐ 符合 ☐ 不符合
			☐ 專職 ☐ 兼職，醫事人員支援 核備函號：			☐ 符合 ☐ 不符合
			☐ 專職 ☐ 兼職，醫事人員支援 核備函號：			☐ 符合 ☐ 不符合
			☐ 專職 ☐ 兼職，醫事人員支援 核備函號：			☐ 符合 ☐ 不符合
			☐ 專職 ☐ 兼職，醫事人員支援 核備函號：			☐ 符合 ☐ 不符合
			☐ 專職 ☐ 兼職，醫事人員支援 核備函號：			☐ 符合 ☐ 不符合
			☐ 專職 ☐ 兼職，醫事人員支援 核備函號：			☐ 符合 ☐ 不符合

註：本表若不敷使用請自行增加欄位。

自費療育項目收費情形

(單位名稱)

 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 (團體療育師生比上限為 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。