

屏東縣發展遲緩兒童療育費用補助申請表

申請時間： 年 月 日

申請人	姓名	身分證字號			聯絡電話		
	聯絡地址						
	與兒童之關係	<input type="checkbox"/> 父母、養父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 其他（請註明關係）：_____					
兒童	姓名	性別	身分證字號		出生年月日		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			年	月	日
	外籍、大陸配偶或原住民子女	<input type="checkbox"/> 為外籍配偶子女 <input type="checkbox"/> 為原住民子女 <input type="checkbox"/> 為大陸配偶子女					
	戶籍地址						
申請資格		<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 非低收入戶					
申請補助金額		新台幣 萬 仟 佰 拾 元整					
匯入人（一）			身分證字號		局號		帳號
匯入人（二）			身分證字號		局號		帳號
檢附證件	<input type="checkbox"/> 低收入戶證明（非低收入戶免）						<input type="checkbox"/> 收據正本
	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊、發展遲緩診斷證明書或綜合報告書影本						<input type="checkbox"/> 全戶戶口名簿(影本)
	<input type="checkbox"/> 緩讀證明（達就學年齡但未入小學就學者）						<input type="checkbox"/> 療育記錄摘要表
	<input type="checkbox"/> 家長或監護人或兒童郵局存款簿封面影本						<input type="checkbox"/> 其他_____
轉單介位	<input type="checkbox"/> 1.屏北區早療通報轉介中心 <input type="checkbox"/> 2.屏南區早療通報轉介中心 <input type="checkbox"/> 3.鄉鎮市公所						
初審補：新台幣_____元（療育費） ； 覆審補：新台幣_____元（療育費）							
助金額 新台幣_____元（交通費） 助金額 新台幣_____元（交通費）							
初 審 簽 章				覆 審 簽 章			
承辦人	業務主管	機關首長		承辦人	業務主管	機關首長	