

屏東縣發展遲緩兒童療育費用補助申請表(6 至 18 歲)

是否為初次申請：☐是 ☐否

申請日期： 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 <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"/> 外籍配偶(<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母)子女 <input type="checkbox"/> 原住民子女 <input type="checkbox"/> 大陸配偶(<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母)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					
撥款郵局帳戶戶名		身分證字號		局號	帳號		
檢附證件	<input type="checkbox"/> 診斷證明書(須註明有療育需求) <input type="checkbox"/> 身心障礙證明或經特殊教育學生鑑定及就學輔導會鑑定通過之證明或重大傷病或罕見疾病證明 <input type="checkbox"/> 低收入戶證明或中低收入戶證明或「屏東縣特殊境遇家庭扶助申請及審核作業須知」證明(重大傷病或罕見疾病申請者免附) <input type="checkbox"/> 自費療育收據正本 <input type="checkbox"/> 全戶戶口名簿影本(勿省略記事) <input type="checkbox"/> 兒童或監護人郵局存款簿封面影本 <input type="checkbox"/> 其他_____						
初審補助金額 (初審單位填寫)	月份		療育費				
	年 月		元				
	年 月		元				
	年 月		元				
	年 月		元				
合計			元				
初審單位簽章				承辦人	業務主管	機關首長	
審核結果(由主管機關填寫)							
<input type="checkbox"/> 通過(申請資料符合規定及評估在效期內)，療育費_____元 <input type="checkbox"/> 不通過。審核意見：							
主管機關簽章				承辦人	業務主管	機關首長	