

附件一：

金門縣政府發展遲緩兒童療育補助申請書

申請日期： 年 月 日 (本申請書共3頁請自行重覆影印使用)

兒 童	姓名： 性別： 身分證統一編號：						
	出生：民國 年 月 日， <input type="checkbox"/> 現未達就學年齡 <input type="checkbox"/> 緩讀(附證明)						
	資格： <input type="checkbox"/> 身心障礙者 身障類別： 程度： <input type="checkbox"/> 發展遲緩 遲緩類別：						
	身份： <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶						
	戶籍地：金門縣 鄉鎮 路(街) 段 巷 弄 號 樓之						
申 請 人	姓名： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 身分證統一編號： 身障身份：無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 類別 國籍：父 <input type="checkbox"/> 本國( <input type="checkbox"/> 如為原住民請勾選) <input type="checkbox"/> 大陸 <input type="checkbox"/> 外籍，國別 聯絡電話：(日) (手機) 通訊地址： <input type="checkbox"/> 同兒童戶籍 <input type="checkbox"/> 其它：						
	姓名： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 身分證統一編號： 身障身份：無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 類別 國籍：母 <input type="checkbox"/> 本國( <input type="checkbox"/> 如為原住民請勾選) <input type="checkbox"/> 大陸 <input type="checkbox"/> 外籍，國別 聯絡電話：(日) (手機) 通訊地址： <input type="checkbox"/> 同兒童戶籍 <input type="checkbox"/> 其它：						
項目	日期	評估費 (元)	療育費 (元)	交通費(元)		小計 (元)	療育機構、醫療單位 名稱：  療育項目：
				機票	陸地		
__月							
__月							
__月							
合計	共計 次，新台幣(請大寫) 萬 仟 佰 拾 元整						
請勾選	領取身心障礙者托育養護補助費： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
審 核 結 果	(由縣府承辦人填寫) <input type="checkbox"/> 核定(__月~__月)，計新臺幣 元 <input type="checkbox"/> 不予核定，原因：						承辦人核章
小叮嚀：	未免影響各家長之權益，請注意申請時效--請於治療當月次日起6個月內申請，以郵戳為憑逾期不受理。			2. 請以掛號方式逕寄： 收信人：金門縣政府社會處收 地 址：893 金門縣金城鎮民生路60號 電 話：(082)322897			

第1頁(共3頁) 請翻閱第2頁填寫







## 金門縣政府發展遲緩兒童療育補助委託書

本人（兒童法定代理人）因\_\_\_\_\_（事由），無法自行申請\_\_\_\_\_（接受療育兒童姓名）之療育補助費用。

故委託\_\_\_\_\_（與接受療育兒童之關係為\_\_\_\_\_）代為辦理及領取發展遲緩兒童療育補助，並同意本項補助費用逕撥入受委託人帳戶。

委託期間由\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日。

委託人（法定代理人）：（簽名或蓋章）

身分證統一編號：

戶籍地址：

**※ 本委託人與療育補助申請表之立切結書人應相同。**

被委託人：個人（簽名或蓋章）

機構（註明機構名稱及法定代理人）：

（簽名或蓋章）

身分證統一編號（或單位統一編號）：

戶名：

帳號：

地址：

聯絡電話：（日）：

（夜）：

（行動電話）：

（傳真）：

中 華 民 國 年 月 日