

金門縣政府辦理發展遲緩兒童早期療育費用補助申請書

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：父 _____ 身分證統一編號： _____ 身障身份：無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 類別 _____ 母 _____ 身分證統一編號： _____ 身障身份：無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 類別 _____ ※監護人/其他照顧者(申請人非兒童父母才須填寫)與兒童關係： _____ 姓名： _____ 身分證統一編號： _____						
	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 _____ 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 _____						
	學歷：父 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 母 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上						
	職業：父 <input type="checkbox"/> 現無工作 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 兼職，職業別 _____ <input type="checkbox"/> 正職，職業別 _____ 母 <input type="checkbox"/> 現無工作 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 兼職，職業別 _____ <input type="checkbox"/> 正職，職業別 _____						
	聯絡人： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 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	領取身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助： <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：	未免影響家長之權益，請注意申請時效--請於 <u>療育行為或申請事項結束次月起6個月內申 請</u> ，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			

領 據	<p>茲收到金門縣政府辦理發展遲緩兒童療育補助 年 月 至 年 月 之 <input type="checkbox"/>評估費 <input type="checkbox"/>療育費 <input type="checkbox"/>交通費，合計 新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整。</p> <p>此致 金門縣政府</p> <p>兒童姓名： 身分證字號： 具領人： 身分證字號：</p> <p>具領人戶籍地址： 縣市 鄉鎮市區 路(街) 段 巷 弄 號 樓</p> <p>具領人金融機構帳號： ----- 粘 貼 線 -----</p> <p style="text-align: center;">請在此浮貼具領人金融機構存摺封面影本 備註：本款項如獲核定，逕撥申請人帳戶</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin-top: 10px;"></div>
	每 次 申 請 應 備 文 件
注 意 事 項 詳 讀	<p>1.接受補助之兒童，應設籍本縣，並通報為本縣早期療育聯合服務中心之個案(電話：082-337886、082-330995)。</p> <p>2.身心障礙之兒童應未領有本縣身心障礙者托育養護費用者。</p> <p>3.暫緩入學者之療育費用，以延長補助1年為限。</p> <p>4.補助項目如下： (1)評估費：至衛生福利部委託辦理之聯合評估中心或區域級以上醫院，進行發展遲緩評估者。 ★掛號費、健保給付項目之基本部份負擔不予補助。</p> <p>(2)交通費：至公、私立早期療育機構、身心障礙福利機構、中央健康保險局特約之醫療院所或本府同意之機構、單位接受療育者，得申請「飛機票價補助」及「陸地交通費補助」，每按每月不得逾新臺幣6,000元。 ★「飛機票價補助」：<u>實際前往臺灣地區各發展遲緩兒童評估中心、醫療院所及機構接受評估或治療及早期療育之兒童及陪同者一人</u>。補助兒童全額，陪同者一名半價；低收入戶每年最多10次，一般戶每年最多6次為限。 ★領有身心障礙證明(手冊)、或具有低收入戶證明者有持本縣弱勢族群交通券購買機票者或持有金門縣學生交圖書券者，僅補助其自付之差額，惟不得超過本案補助之額度及次數。 ★「陸地交通費補助」：未申請台金交通機票補助者，長期於台省地區接受早期療育，按實際接受療育次數，申請每次補助新臺幣200元補助；每月最高以補助15次為限(同天於1機構進行2次療育項目，以1次計)。</p> <p>(3)療育訓練費：至公、私立早期療育機構、身心障礙福利機構、中央健康保險局特約之醫療院所或本府同意之機構、單位及在宅接受療育者。 ★療育項目包含：認知學習、物理治療、職能治療、語言治療、感覺統合治療、音樂治療、遊戲治療、心理治療、藝術治療、戲劇治療、聽能訓練、針灸治療、馬術治療、定向訓練、體適能等項目，療育項目執行人員應具備足以執行療育之專業證照或訓練資歷。 ★掛號費、健保給付項目之基本部份負擔不予補助。</p> <p>(4)到宅療育費：符合「發展遲緩兒童到宅服務實施計畫」接受到宅服務者。</p> <p>5.申請日期原則以<u>月</u>為申請單位，<u>請於療育行為或申請事項結束次月起6個月內申請</u>，逾期不受理。另已申請過之月份，不論次數是否已達上限，均不再接受第二次申請。</p> <p>6.領有身心障礙托育養護補助或其他相關不得與本補助重複領取之費用，應即通知本府社會處停止補助，若未通知，經查有重複領取事實者，本府社會處得停止補助並追回溢領款項。</p> <p>7.文件審查無誤，概不退回，不符資格者退件。如經本府通知得以補件，請速於期限內補件，以免影響權益。</p> <p>8.如有未盡事宜，以公告實施計畫為主。</p>
<p>本人已詳閱本申請表一式二頁之所有內容，保證所填各項資料及所附文件屬實，並保證兒童未領金門縣政府補助之身心障礙者托育養護補助費及其他不得與本補助重複領取之費用，如有違反上述情形者，經查明者，無條件繳回溢領之金額外，並負一切法律責任。</p> <p>立切結書人簽名： 蓋章(私章)： 切結日期： 年 月 日</p>	

附件二：

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