

宜蘭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"/> 全戶戶籍謄本						
	<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. 兒童發展通報轉介中心 <input type="checkbox"/> 2. 兒童發展綜合服務中心 <input type="checkbox"/> 3. _____ 鄉鎮市公所						
初審：補助新台幣 _____ 元 (療育費)				覆審：補助新台幣 _____ 元 (療育費)			
補助新台幣 _____ 元 (交通費)				補助新台幣 _____ 元 (交通費)			
合計新台幣 _____ 元				合計新台幣 _____ 元			
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	