

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	☐ 父母 ☐ 祖父母 ☐ 監護人 ☐ 其他（請註明關係）：_____					
兒童	姓名	性別	身分證字號		出生年月日		
		☐ 男 ☐ 女			年 月 日		
	外籍、大陸配偶或 原住民子女	☐ 外籍配偶(☐ 父 ☐ 母)子女 ☐ 原住民子女 ☐ 大陸配偶(☐ 父 ☐ 母)子女					
	戶籍地址						
申請資格		☐ 低收入戶 ☐ 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	☐ 診斷證明書(須註明有療育需求) ☐ 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 ☐ 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) ☐ 自費療育收據正本 ☐ 兒童戶籍資料(勿省略記事) ☐ 兒童或監護人郵局存款簿封面影本 ☐ 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)							
☐ 通過(申請資料符合規定及評估在效期內)，療育費_____元 ☐ 不通過。審核意見：							
主管機關簽章			承辦人		業務主管		機關首長