

____年度屏東縣發展遲緩兒童療育紀錄摘要表

兒童姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	出生日期		身份證字號	
家長姓名				聯絡電話			
療育單位				療育地	____縣/市____鄉鎮市（區）	聯絡電話	
療育目標							

※服務摘要與簽到表

(非低收入戶來回一趟補助200元，每月最多補助1,000元；低收入戶來回一趟補助300元，每月最多補助1,500元。同一日至相同單位接受療育者，交通費僅得核算1次。搭乘本縣復康巴士、長期照護交通車進行療育者不得申請本項補助)

序號	療育日期/時數	療育項目	專業人員簽章	家屬簽章
1		☐ 1認知學習 ☐ 2物理治療 ☐ 3職能治療 ☐ 4語言治療 ☐ 5感覺統合治療 ☐ 6心理治療 ☐ 7親職教育（諮詢評估） ☐ 8其他		
2		☐ 1認知學習 ☐ 2物理治療 ☐ 3職能治療 ☐ 4語言治療 ☐ 5感覺統合治療 ☐ 6心理治療 ☐ 7親職教育（諮詢評估） ☐ 8其他		
3		☐ 1認知學習 ☐ 2物理治療 ☐ 3職能治療 ☐ 4語言治療 ☐ 5感覺統合治療 ☐ 6心理治療 ☐ 7親職教育（諮詢評估） ☐ 8其他		
4		☐ 1認知學習 ☐ 2物理治療 ☐ 3職能治療 ☐ 4語言治療 ☐ 5感覺統合治療 ☐ 6心理治療 ☐ 7親職教育（諮詢評估） ☐ 8其他		
5		☐ 1認知學習 ☐ 2物理治療 ☐ 3職能治療 ☐ 4語言治療 ☐ 5感覺統合治療 ☐ 6心理治療 ☐ 7親職教育（諮詢評估） ☐ 8其他		
6		☐ 1認知學習 ☐ 2物理治療 ☐ 3職能治療 ☐ 4語言治療 ☐ 5感覺統合治療 ☐ 6心理治療 ☐ 7親職教育（諮詢評估） ☐ 8其他		
7		☐ 1認知學習 ☐ 2物理治療 ☐ 3職能治療 ☐ 4語言治療 ☐ 5感覺統合治療 ☐ 6心理治療 ☐ 7親職教育（諮詢評估） ☐ 8其他		
8		☐ 1認知學習 ☐ 2物理治療 ☐ 3職能治療 ☐ 4語言治療 ☐ 5感覺統合治療 ☐ 6心理治療 ☐ 7親職教育（諮詢評估） ☐ 8其他		
9		☐ 1認知學習 ☐ 2物理治療 ☐ 3職能治療 ☐ 4語言治療 ☐ 5感覺統合治療 ☐ 6心理治療 ☐ 7親職教育（諮詢評估） ☐ 8其他		
10		☐ 1認知學習 ☐ 2物理治療 ☐ 3職能治療 ☐ 4語言治療 ☐ 5感覺統合治療 ☐ 6心理治療 ☐ 7親職教育（諮詢評估） ☐ 8其他		
11		☐ 1認知學習 ☐ 2物理治療 ☐ 3職能治療 ☐ 4語言治療 ☐ 5感覺統合治療 ☐ 6心理治療 ☐ 7親職教育（諮詢評估） ☐ 8其他		
12		☐ 1認知學習 ☐ 2物理治療 ☐ 3職能治療 ☐ 4語言治療 ☐ 5感覺統合治療 ☐ 6心理治療 ☐ 7親職教育（諮詢評估） ☐ 8其他		
13		☐ 1認知學習 ☐ 2物理治療 ☐ 3職能治療 ☐ 4語言治療 ☐ 5感覺統合治療 ☐ 6心理治療 ☐ 7親職教育（諮詢評估） ☐ 8其他		
14		☐ 1認知學習 ☐ 2物理治療 ☐ 3職能治療 ☐ 4語言治療 ☐ 5感覺統合治療 ☐ 6心理治療 ☐ 7親職教育（諮詢評估） ☐ 8其他		
15		☐ 1認知學習 ☐ 2物理治療 ☐ 3職能治療 ☐ 4語言治療 ☐ 5感覺統合治療 ☐ 6心理治療 ☐ 7親職教育（諮詢評估） ☐ 8其他		
共計_____次，擬申請_____次，計_____元補助				

註：1. 請專業人員依療育日期確實填寫(務必加上年度)

2. 檢附影本時，請加蓋與正本無異及檢附者簽章

3. 如療育目標改變，請另填新表