附表一
114.01.01 起適用

雲林縣政府發展遲緩兒童療育費用補助

有效期限內發展遲緩證明(於年度首次申請或換發時擇一最新證明檢附):

1. **評估醫院開具之診斷證明書:**聯合評估中心或地方政府補助或資格指定之評估醫院開具之疑似發展遲緩、發展遲緩證明書(自開立日期起算一年內為有效)

2. **綜合報告書:**聯合評估中心或地方政府補助或資格指定之評估醫院開具之綜合報告書(有效期間依報告書有效期限認定之)。

*上述兩項證明請附於本表後面

3. **身心障礙證明影本:**(黏貼於下列表格內)

(正　　面)

(反　　面)

附表二
114.01.01 起適用

雲林縣政府發展遲緩兒童療育費用補助

郵局存摺封面影本

請　於　此　浮　貼

本款項如獲核定，

□逕撥**兒童**或**法定監護人**之郵局帳戶。

□因故無法檢附兒童之郵局帳戶，經本縣通報個管中心社工評估調查確認無誤。簽具下列切結更改轉撥至其他郵局帳戶，並檢附具領人戶籍資料或相關佐證資料。

具領人切結書

本申請人_____申請受補助兒童_____之療育費用補助，因(請詳述原因)_____，

無法檢附兒童或法定監護人之郵局存簿，申請更改撥入

□提供療育服務單位之郵局帳戶。

□其他照顧者或親屬(非直系)之郵局帳戶。

□寄養家庭/安置單位/安置保母之郵局帳戶。

上述若與事實不符，願付一切法律責任，且繳回上述已請領之補助款項，特此具結。

此　致

雲　林　縣　政　府

申請人(簽名或蓋章)：　　身分證字號：

與兒童之關係：　　聯絡電話：

戶籍地址：

年　　月　　日

本縣通報個管中心評估調查確認無誤。社工員_____督導_____

附表三
114.01.01 起適用

雲林縣政府發展遲緩兒童療育費用補助

療育訓練收據正本黏貼憑證單

自費療育訓練收據及健保收據正本請依序(由左至右)浮貼

黏→

貼→

處→

備註：

1. 申請自費療育補助須附**收據正本**，收據上須有療育單位註明療育項目、療育日期、療育金額並核章。
2. 申請交通費補助須檢附當季之醫療院所健保收據正本以資證明。
3. 本表格如不敷使用，請自行影印。

附表四
114.01.01 起適用

雲林縣政府發展遲緩兒童早期療育
療育紀錄表(交通費證明單)

兒童姓名：

次數 1	次數 2	次數 3	次數 4
月　　日	月　　日	月　　日	月　　日
療育單位: **療育項目：**(請勾選) □物理治療　□職能治療 □語言治療　□心理治療 □其他: **療育人員職名章：**	**療育單位:** **療育項目：**(請勾選) □物理治療　□職能治療 □語言治療　□心理治療 □其他: **療育人員職名章：**	**療育單位:** **療育項目：**(請勾選) □物理治療　□職能治療 □語言治療　□心理治療 □其他: **療育人員職名章：**	**療育單位:** **療育項目：**(請勾選) □物理治療　□職能治療 □語言治療　□心理治療 □其他: **療育人員職名章：**
次數 5	**次數 6**	**次數 7**	**次數 8**
月　　日	月　　日	月　　日	月　　日
療育單位: **療育項目：**(請勾選) □物理治療　□職能治療 □語言治療　□心理治療 □其他: **療育人員職名章：**	**療育單位:** **療育項目：**(請勾選) □物理治療　□職能治療 □語言治療　□心理治療 □其他: **療育人員職名章：**	**療育單位:** **療育項目：**(請勾選) □物理治療　□職能治療 □語言治療　□心理治療 □其他: **療育人員職名章：**	**療育單位:** **療育項目：**(請勾選) □物理治療　□職能治療 □語言治療　□心理治療 □其他: **療育人員職名章：**
次數 9	**次數 10**	**次數 11**	**次數 12**
月　　日	月　　日	月　　日	月　　日
療育單位: **療育項目：**(請勾選) □物理治療　□職能治療 □語言治療　□心理治療 □其他: **療育人員職名章：**	**療育單位:** **療育項目：**(請勾選) □物理治療　□職能治療 □語言治療　□心理治療 □其他: **療育人員職名章：**	**療育單位:** **療育項目：**(請勾選) □物理治療　□職能治療 □語言治療　□心理治療 □其他: **療育人員職名章：**	**療育單位:** **療育項目：**(請勾選) □物理治療　□職能治療 □語言治療　□心理治療 □其他: **療育人員職名章：**
次數 13	**次數 14**	**次數 15**	**本欄供初審單位核算用**
月　　日	月　　日	月　　日	
療育單位: **療育項目：**(請勾選) □物理治療　□職能治療 □語言治療　□心理治療 □其他: **療育人員職名章：**	**療育單位:** **療育項目：**(請勾選) □物理治療　□職能治療 □語言治療　□心理治療 □其他: **療育人員職名章：**	**療育單位:** **療育項目：**(請勾選) □物理治療　□職能治療 □語言治療　□心理治療 □其他: **療育人員職名章：**	**本頁申請____月份** **交通費，計____次。**

註：

1. 請詳實填寫**療育日期、單位、項目及療育人員核職名章**，未依規定註記則不予補助，若經查證有偽造之情形時，本府將保留一切法律追訴權。
2. 表格內容若有塗改，應於**塗改處加蓋療育人員之職章或療育單位章**，若未核章則視為無效次數，不予補助。
3. 交通費以治療日期核算補助次數，每日以一趟為限。
4. 搭乘本縣復康巴士、長期照護交通車進行療育或接受到宅療育者及在幼兒園接受療育服務之幼兒園學童不得申請交通費補助，無須填於本表。
5. 本表不分療育單位，**每月填寫於同一張**，如不敷使用，請自行影印。