

兒童姓名		兒童身分證統一編號	
出生日期		聯絡電話	
次數1		次數2	
年 月 日		年 月 日	
療育單位(必填):		療育單位(必填):	
療育項目(請勾選): <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療		療育項目(請勾選): <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療	
治療師職名章: 或療育單位戳章:		治療師職名章: 或療育單位戳章:	
次數3		次數4	
年 月 日		年 月 日	
療育單位(必填):		療育單位(必填):	
療育項目(請勾選): <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療		療育項目(請勾選): <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療	
治療師職名章: 或療育單位戳章:		治療師職名章: 或療育單位戳章:	
次數5		次數6	
年 月 日		年 月 日	
療育單位(必填):		療育單位(必填):	
療育項目(請勾選): <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療		療育項目(請勾選): <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療	
治療師職名章: 或療育單位戳章:		治療師職名章: 或療育單位戳章:	
次數7		次數8	
年 月 日		年 月 日	
療育單位(必填):		療育單位(必填):	
療育項目(請勾選): <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療		療育項目(請勾選): <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療	
治療師職名章: 或療育單位戳章:		治療師職名章: 或療育單位戳章:	
次數9		次數10	
年 月 日		年 月 日	
療育單位(必填):		療育單位(必填):	
療育項目(請勾選): <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療		療育項目(請勾選): <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療	
治療師職名章: 或療育單位戳章:		治療師職名章: 或療育單位戳章:	
次數11		次數12	
年 月 日		年 月 日	
療育單位(必填):		療育單位(必填):	
療育項目(請勾選): <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療		療育項目(請勾選): <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療	
治療師職名章: 或療育單位戳章:		治療師職名章: 或療育單位戳章:	
次數13		次數14	
年 月 日		年 月 日	
療育單位(必填):		療育單位(必填):	
療育項目(請勾選): <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療		療育項目(請勾選): <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療	
治療師職名章: 或療育單位戳章:		治療師職名章: 或療育單位戳章:	
次數15		注意事項:	
年 月 日		1. 本紀錄單請詳實填寫、療育單位、日期、勾選項目，每格應加蓋療育單位戳章或治療師職名章。未依規定填寫者不予補助。	
療育單位(必填):		2. 經查證有偽造或冒用情形，將依法究辦。	
療育項目(請勾選): <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療		3. 申請「療育訓練費」，不得再申請同一療育單位相同療育項目之「交通補助費」。	
治療師職名章: 或療育單位戳章:		4. 本紀錄單若欄位不足，請自行重複影印使用。	