

臺北市政府社會局發展遲緩兒童早期療育補助-療育紀錄單

兒童姓名		兒童身分證統一編號	
出生日期		年 月 日	聯絡電話
次數1	次數2	次數3	次數4
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
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 治療師職名章: 或療育單位戳章:	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 治療師職名章: 或療育單位戳章:	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 治療師職名章: 或療育單位戳章:	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 治療師職名章: 或療育單位戳章:
次數5	次數6	次數7	次數8
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
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 治療師職名章: 或療育單位戳章:	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 治療師職名章: 或療育單位戳章:	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 治療師職名章: 或療育單位戳章:	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 治療師職名章: 或療育單位戳章:
次數9	次數10	次數11	次數12
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
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 治療師職名章: 或療育單位戳章:	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 治療師職名章: 或療育單位戳章:	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 治療師職名章: 或療育單位戳章:	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 治療師職名章: 或療育單位戳章:
次數13	次數14	次數15	注意事項: 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。 2. 經查證有偽造或冒用情形，將依法究辦。 3. 交通補助費，每次新臺幣(以下同)二百五十元。但同一日於同處進行二次以上早期療育項目者，其補助以一次為限。 4. 本紀錄單若欄位不足，請自行重複影印使用。
年 月 日	年 月 日	年 月 日	
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 治療師職名章: 或療育單位戳章:	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 治療師職名章: 或療育單位戳章:	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 治療師職名章: 或療育單位戳章:	