臺北市政府社會局___年度發展遲緩兒童療育補助申請書

申請日期：　　年　　月　　日

申請人資料	姓名 （機構名稱）		身分證統一編號 （機構統一編號）	
	聯絡電話	（手機）　　（日）　　（夜）		
	關係	□父母親　□監護人　□主要照顧者(關係：　　) □地方政府指定之療育單位（名稱：　　）		
兒童資料	姓名		身分證統一編號	
	出生日期	年　　月　　日	緩讀與否	□無　□有(緩讀至_____年)
	經濟身分	□一般戶或中低收入戶　□低收入戶/卡號：		
	戶籍地址	□□□　臺北市　　區　　路/街　　段　　巷　　弄　　號　　樓之		
	通訊地址 □同上	□□□　縣　　鄉鎮　　路 市　　市區　　街　　段　　巷　　弄　　號　　樓之		

補助申請資料

本次申請：□1-3 月　□4-6 月　□7-9 月　□10-12 月　□其他___月～___月*兒童於當月完成療育後，申請人至遲須於次月起算 3 個月內，提出申請，逾期不予受理。**另請以「按季申請」為原則。**

月份	A 療育訓練費 （自費收據）	B 交通補助費 （單日 200 元）	C 申請金額 (A+B)

本次申請補助金額總計：_____元

補助申請受理期間

療育月份	申請期間	療育月份	申請期間
1 月	2/1-4/30	7 月	8/1-10/31
2 月	3/1-5/31	8 月	9/1-11/30
3 月	4/1-6/30	9 月	10/1-12/31
4 月	5/1-7/31	10 月	11/1-1/31
5 月	6/1-8/31	11 月	12/1-2/28
6 月	7/1-9/30	12 月	隔年 1/1-3/31

應備文件

□ 療育單據（收據，註明單月金額）或療育紀錄正本，共____張（影本應加蓋療育單位戳章或治療師職名章，並註明療育日期、項目）

□ 衛生福利部輔導設置聯合評估中心或各縣市政府認可之評估醫院開具之綜合評估報告書或 1 年內開立之發展遲緩診斷證明書（曾經檢附或領有有效身心障礙證明或手冊者免附，綜合評估報告書有效期間依其有效期限認定之，未註記者按評估完成日起 1 年內認定有效）

□ 其他證明文件（無則免附）(□暫緩入學之證明影本、□ 寄養家庭契約或證明)

□ 申請人本人或兒童之郵局或臺北富邦銀行存摺影本（帳號、戶名須影印清楚）

□ 郵局	□ 臺北富邦銀行_____分行
局號：□□□□□□□ 帳號：□□□□□□□ 戶名：_____	帳號：□□□□□□□□□□□□□□ 戶名：_____

□ **戶名非申請人或兒童，請註明帳戶持有人身分證字號：_____ 與兒童關係：_____**

注意事項

1、本人已詳閱臺北市政府社會局發展遲緩兒童療育補助計畫，了解已獲補助之「月份」不得重複提出申請之規定，並已確認本次申請之月份及金額無誤。

2、本人確認兒童實際居住臺北市，同意社會局查調本案所需戶籍、身心障礙及低收入戶資格與緩讀身分等相關資料，並同意配合抽查、訪視或寄送福利資訊。

3、本人了解交通補助費與療育訓練費合併計算，一般戶（含中低收入戶）每人每月最高補助金額新臺幣 3,000 元，低收入戶每人每月最高補助 5,000 元。

4、本案申請資料填寫如有不實，本人願負所有法律責任。

申請（填表）人：

（親筆簽名或蓋章）

審核結果（本欄由社會局填寫）

□一般或中低收戶　□低收入戶　□確有緩讀　□戶籍資料符合　□評估到期日____年____月____日

□已補助_____～____月　□核定____年____月～____月療育補助新臺幣_____元

承辦人員　　**單位主管**

申請資料請「掛號」郵寄至：11008 臺北市信義區市府路 1 號（臺北市政府社會局身心障礙者福利科）

聯絡電話：1999（外縣市請撥 02-27208889）轉分機 1617、2268　傳真：02-27209229