


宜蘭縣政府社會處發展遲緩兒童早期療育補助應備文件檢核表

申請表請詳實填寫並依下表勾稽檢查，注意文件有效期。

文件檢核表	勾選
1. 資格審查表（設籍宜蘭縣且尚未入小學，如已屆就學年齡之兒童，請勾選暫緩入學俾利查核）	
2. 申請表(療育紀錄單)（申請交通費檢附，須蓋經本府核定療育單位戳章）	
3. 發展遲緩綜合報告書、診斷證明書(含效期內疑似遲緩證明)其一影本（醫囑欄加註「有發展遲緩或效期內臨界/疑似發展遲緩情形」或「宜接受早期療育治療或醫療復健」等相關證明）。（若持有效期內之身心障礙證明/手冊免附相關證明）	
4. 療育訓練繳費收據（申請訓練費檢附，註明療育項目、日期、單價、次數、總金額，加蓋療育單位戳章）	
5. 郵局存摺封面影本	
<p>本表單下載路徑： 宜蘭縣政府社會處（http://sntroot.e-land.gov.tw/Default.aspx）→ 服務項目→嬰幼兒照顧服務→發展遲緩兒童早期療育</p> <div style="text-align: right;">  </div>	

宜蘭縣發展遲緩兒童補助資格審查表

送件時間： 年 月 日

申請人	姓名	身分證字號	與兒童之關係 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明) : _____	聯絡電話 電話： 手機：
	聯絡地址 (實際居住地)	宜蘭縣 鄉鎮市 村里 路(街) 段 巷 弄 號 樓 之		
兒童	姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	出生年月日 年 月 日生
	身份別	<input type="checkbox"/> 為新住民子女： <input type="checkbox"/> 父、 <input type="checkbox"/> 母，國籍 _____ (必填) <input type="checkbox"/> 為原住民子女 <input type="checkbox"/> 以上皆非		<input type="checkbox"/> 現未達就學(國小)年齡 <input type="checkbox"/> 緩讀至 _____ 年 8 月
	申請資格	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶		
	戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同申請人聯絡地址 宜蘭縣 鄉鎮市 村里 路(街) 段 巷 弄 號 樓 之		

1. 本人保證本申請表所填寫內容，各項資料及所附文件均屬實，並保證兒童申請此次補助款期間，未領有本縣身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助與弱勢兒童及少年醫療補助之早期療育相關費用，如有違反上述情形，除無條件繳回溢領金額外，願負一切法律責任。
2. 本人保證本人(申請人)攜子女至醫療院所/機構接受早期療育服務，往返醫療院所/機構，未接受任何單位之免費交通車接送，同時保證所提供之相關申請資料屬實，並願負一切法律責任。
3. 本人同意社會處得查調相關戶籍、身心障礙、中/低收入戶、緩讀等相關資料。

立切結書人姓名： (申請人親筆簽名或蓋章) 日期： 年 月 日

匯入郵局戶名	同 <input type="checkbox"/> 申請人 <input type="checkbox"/> 兒童	身分證字號	同 <input type="checkbox"/> 申請人 <input type="checkbox"/> 兒童	局號	□□□□□□-□	帳號	□□□□□□-□
※申請人若為新住民者，開戶若使用居留證號碼，請另填寫居留證號碼： _____							

遲緩狀況	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊/證明，障別 _____，程度 _____ <input type="checkbox"/> 發展遲緩證明，類別： <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 動作 <input type="checkbox"/> 社會情緒 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 疑似發展遲緩證明，類別： <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 動作 <input type="checkbox"/> 社會情緒 <input type="checkbox"/> 其他 _____						
------	--	--	--	--	--	--	--

檢附證件(請勾選)	1. 每年度首次申請或資料變更時應備： <input type="checkbox"/> 1. 資格審查表 <input type="checkbox"/> 2. 申請表(療育紀錄單) <input type="checkbox"/> 3. 一年內(疑似)發展遲緩診斷證明書或有效期限內綜合評估報告書(二擇一) <input type="checkbox"/> 4. 家長/監護人或兒童郵局存款簿封面 <input type="checkbox"/> 5. 收據黏貼憑證單 <input type="checkbox"/> 6. 寄養家庭合約書影本(無則免) 2. 每次申請時應備： <input type="checkbox"/> 1. 申請表(療育紀錄單) <input type="checkbox"/> 2. 收據黏貼憑證單 <input type="checkbox"/> 4. 其他： _____。						
-----------	--	--	--	--	--	--	--

審核	遲緩說明： <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 動作 <input type="checkbox"/> 社會情緒 <input type="checkbox"/> 其它 _____ 鑑定日期： 年 月 重新鑑定日期： 年 月						
初審結果：	<input type="checkbox"/> 符合補助標準 (核定期日自 年 月起至 年 月) <input type="checkbox"/> 再評估 <input type="checkbox"/> 入學前 <input type="checkbox"/> 待補件 <input type="checkbox"/> 不符補助標準()			覆審結果：	<input type="checkbox"/> 符合補助標準 (核定期日自 年 月起至 年 月) <input type="checkbox"/> 再評估 <input type="checkbox"/> 入學前 <input type="checkbox"/> 待補件 <input type="checkbox"/> 不符補助標準()		
初 審	承 辦 人	業 務 主 管	單 位 主 管	核 定	承 辦 人	科 長	處 長

宜蘭縣政府發展遲緩兒童補助申請表-療育紀錄單

送件日期： 年 月 日 療育期間： 年 月至 年 月

申請人： 聯絡電話：
 身份證字號： 與兒童之關係：父母 祖父母 其他(請註明)
 聯絡地址：宜蘭縣 鄉鎮市 村里 路(街) 段 巷 弄 號 樓 之

兒童姓名： 身份證字號： 出生年月日： 年 月 日
 戶籍地址：同申請人聯絡地址
 宜蘭縣 鄉鎮市 村里 路(街) 段 巷 弄 號 樓 之

實際居住地址：同申請人聯絡地址 同戶籍地址
 宜蘭縣 鄉鎮市 村里 路(街) 段 巷 弄 號 樓 之
 (各項資料請確實填寫)

1	療育日期：	療育項目：	療育單位：
2	療育日期：	療育項目：	療育單位：
3	療育日期：	療育項目：	療育單位：
4	療育日期：	療育項目：	療育單位：
5	療育日期：	療育項目：	療育單位：
6	療育日期：	療育項目：	療育單位：

- 註： (欄位不敷使用時，可自行列印)
- 以上表格請療育單位及申請人簽章一併送交申請單位進行初審核章。
 - 每季請各別填寫補助申請表，不足時可自行影印，逾季恕不予受理。
 - 本紀錄表逕由療育單位自行提供製作核章後佐證。
 (每季申請時間第1季(12-2月)3/1-3/10;第2季(3-5月)6/1-6/10;第3季(6-8月)9/1-9/10;第4季(9-11月)12/1-12/10;12月份補助於下年第1季申請逾期不予受理。)截止日適逢假日得以順延至上班日，逾期或逾季不予受理。
 - 申請本補助均需通報至本府兒童發展通報轉介中心。
 - 首次申請、診斷證明/聯評逾期或資料變更(戶籍變更、姓名變更、障礙狀況改變等)須再行檢附審查表。

本次初審療育補助情形： <input type="checkbox"/> 符合補助：交通費_____元， 療育費_____元 合計補助金額_____元整 <input type="checkbox"/> 不符補助： <input type="checkbox"/> 待補件：			本次核定療育補助情形： <input type="checkbox"/> 符合補助：交通費_____元， 療育費_____元 合計補助金額_____元整 <input type="checkbox"/> 不符補助： <input type="checkbox"/> 待補件：				
初	審	簽	章	核	定	簽	章
承辦人	業務主管	單位主管		承辦人	科長	處長	

宜蘭縣政府發展遲緩兒童療育費用補助申請檢附文件

-----粘 貼 線-----

請於此浮貼具領人郵局存摺封面影本
備註：本款項如獲核定，逕撥具領人帳戶

- 備註：1. 綜合評估報告書須為衛生福利部設置聯合評估中心、評估醫院或區域級以上醫院開具。
2. 綜合評估報告書影本(有效期間依報告書有效期限認定之)、發展遲緩證明書影本(有效期間自開立日期起算一年內為有效)不需黏貼，請與檢附文件一併裝訂。

宜蘭縣政府發展遲緩兒童療育費用補助收據黏貼憑證單

粘 貼 線

請於此黏貼療育訓練自費收據

備註：1. 每次課程都需要收據。

2. 自費療育：請收據上註明療育項目、療育日期、療育次數、療育金額並核章。

3. 一般門診、掛號收據及其他非屬療育訓練項目者不予補助，無須檢附。

4. 本表格如不敷使用，請自行影印。

委 託 同 意 切 結 書

本人_____（須為兒童之法定監護人姓名），因故無法請領發展遲緩兒童早期療育費用補助，同意本補助核定金額匯入_____（受委託人姓名）之郵局存款帳戶，特此證明，

此致 宜蘭縣政府

委託人姓名： _____（簽名或蓋章）

身分證字號：

聯絡地址：

聯絡電話：

受委託人姓名： _____（簽名或蓋章）

身分證字號：

聯絡地址：

聯絡電話：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(本據供療育單位使用，一般民眾申請不需檢附)

療育單位自費療育申請表

申請日期： 年 月 日

療育單位名稱		立案地址： 聯絡人及職稱： 聯絡電話：	
提供療育項目	療育內容及方式	收費方式 (需載明時間及金額)	審核情形
醫院療育 (僅針對醫療院所、 醫事單位申請)			<input type="checkbox"/> 不符補助原因： <input type="checkbox"/> 符合補助：
時段療育/訓練			<input type="checkbox"/> 不符補助原因： <input type="checkbox"/> 符合補助：
			<input type="checkbox"/> 不符補助原因： <input type="checkbox"/> 符合補助：

核定情形：符合補助項目並予以公告
不符補助

註：

1. 所提供療育項目僅針對設籍本縣學齡前之遲緩兒童予以補助，補助金額上限須視當年度公告之補助標準訂定之。
2. 提供療育之專業人員須符合兒童及少年福利機構專業人員資格及訓練辦法第4條及第5條相關規定並檢附相關學經歷證明供核。
3. 立案相關證明文件。

(↓請簽名或蓋章)

申請單位： 承辦人

單位長官

審核單位： 承辦人

科長

處長