**年新竹市發展遲緩及身心障礙兒童療育補助申請表**

**附件2**

受理單位：新竹市政府委託財團法人伊甸社會福利基金會新竹分事務所辦理

兒童案號： (由受理單位填寫)  **年 - 月**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人填寫 | 兒童姓名 |  | 生日 |  | | 身分證字號 | |  | |
| 聯絡電話 |  | 福利身份 | | □低收入戶　　　　 □非低收入戶 | | | | |
| 戶籍地址 |  | | | | | 應入學年 年 緩讀□是 | | |
| 資格證明 | □身心障礙證明 （到期日： ）  □聯評綜合報告書（到期日： ）  □診斷證明書 （到期日： ） | | | | | 兒童印章 | |  |
| 安置狀況 | □在家/保母或親屬照顧 □就讀園所/托嬰中心名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □安置於心路日托班，未獲本市身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助 | | | | | | | |
| 補助方式:採**每雙月**申請且依實核銷，每月補助上限：非低收入戶4000元/月，低收入戶6000元/月。當月**未申請完的補助餘款，不可合併次月申請。** | | | | | | | | |
| **申請人： （簽章），與兒童之關係** | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受理單位填寫 | 經審核定補助： 單位：元   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 月份 | 療育費 | 交通費 | 小計 | | 月 |  |  |  | | 月 |  |  |  | | | | | |
| 受理單位初審 | | 市府複審 | | |
| 承辦人 | 單位主管 | 承辦人 | 科長 | 單位主管 |
|  |  |  |  |  |

---------------------**收執聯（受理單位簽收後，沿線撕下交予申請人）**---------------------

茲收到兒童 申請新竹市\_\_\_\_\_年發展遲緩及身心障礙兒童早期療育費用補助申請表單1份。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **經手人員** |  | **補助月份** |  | **繳件日期** |  |

注意事項：1.**療育補助申請表單、療育費用收據需用正本，不可使用影本或傳真方式。**

2.每次療育補助申請期限如下表，並請於限期內檢附相關憑證向本市早療通報轉介服務提出申請，如**遇例假日請提前繳件，逾期無法辦理申請，聯絡人：社會處身障福利科**

**電話：535-2386分機502。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 療育時間 | **1月-2月** | **3月-4月** | **5月-6月** | **7月-8月** | **9月-10月** | **11月-12月** |
| 申請期限  (**收件截止日**) | **3月15日前** | **5月15日前** | **7月15日前** | **9月15日前** | **11月15日前** | **隔年1月5日前** |

**撥款流程：收件截止日→作業期→審查核備→送主計請款→『收件截止日』次月底撥款**