**年新竹市發展遲緩及身心障礙兒童療育補助**

**附件3**

**療育訓練費用（ 月）收據黏貼憑證單**

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

**兒童姓名：　　 (務必填寫) 🟋備註：自費療育每堂課上限1,000元**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 次數 | 療育日期 | 療育單位 | **療育人員****蓋 章** | 療育項目 | 療育金額 | 核定金額 |
| 1 |  月 日 |  |  |  |  |  |
| 2 |  月 日 |  |  |  |  |  |
| 3 |  月 日 |  |  |  |  |  |
| 4 |  月 日 |  |  |  |  |  |
| 5 |  月 日 |  |  |  |  |  |
| 6 |  月 日 |  |  |  |  |  |
| 7 |  月 日 |  |  |  |  |  |
| 8 |  月 日 |  |  |  |  |  |

填表說明：

1.療育日期、療育單位、療育項目及療育金額應載明，**若有塗改請療育人員務必核章**；**療育人員蓋章一欄請蓋章，不能簽名替代。**

2.費用若為預付，請於繳費收據上註明療育日期。

3.繳費收據以正本為主。

|  |
| --- |
|  繳費收據黏貼處（請依序向下浮貼整齊，如不敷使用，請自行影印。）  |
|  |