**年新竹市發展遲緩及身心障礙兒童療育補助**

**附件4**

**交通補助費用（ 月）行事曆紀錄單**

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**)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日期** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 單位療育項目職章 |  |  |  |  |  |
| **日期** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| 單位療育項目職章 |  |  |  |  |  |
| **日期** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 單位療育項目職章 |  |  |  |  |  |
| **日期** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** |
| 單位療育項目職章 |  |  |  |  |  |
| **日期** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** |
| 單位療育項目職章 |  |  |  |  |  |
| **日期** | **26** | **27** | **28** | **29** | **30** |
| 單位療育項目職章 |  |  |  |  |  |
| **日期** | **31** | **核定金額: 天X200元= 元** |
| 單位療育項目職章 |  |

填表說明：

1.**請依規定蓋自費療育單位章或醫療院所門診章、治療師職名章。**

2.表格內容若有塗改，應於塗改處加蓋治療師之職名章或醫院之門診章，若未核章則視為無效次數，不予補助。

3.同一天至兩家以上醫療單位進行療育，或同一天於相同醫療單位進行兩種以上之療育課程，皆以一天計算。

4.本紀錄單1個月使用1張，請詳實填寫，若經查證有偽造之情形時，本府將保留一切法律追訴權。