

臺中市早期療育紀錄卡—交通補助(表二)

兒童姓名：_____

月 份：_____

※療育日期、項目、單位、人員請確實填寫核章；若有塗改請療育人員務必加蓋職章！

療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)	療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)	療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)	療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)
療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)	療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)	療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)	療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)
療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)	療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)	療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)	療育日期： 療育項目： (蓋章) 療育單位： (蓋章) 療育人員： (蓋章)
核定金額	(本欄由受理單位填寫) _____年_____月，核定交通費：_____次*200，合計_____元		

※注意事項：

1. 補助次數：同一天交通費補助不超過2次；同一天同一療育單位僅補助一次交通費；家中兄弟姊妹同天至同單位進行療育課程，交通費以一次計算。
2. 療育日期：醫檢證明開立後且完成通報，交通費補助始可受理。
3. 療育項目：包括物理治療、職能治療、語言治療、心理治療、針灸治療(限領有身障證明者)、水中運動治療、聽覺復健、認知學習、音樂療育、遊戲療育、藝術療育、戲劇療育、定向訓練、馬術療育、體適能。
4. 療育單位：以健保特約醫院或本局核可之早期療育單位為限。