

所屬年度：

澎湖縣馬公市第三衛生所費用動支黏貼憑證用紙

簽證號：

憑證編號	預	算	科	目	金	額	用	途	說	明
	業務計畫：	衛生所業務-公共衛生							依據「澎湖縣發展遲緩兒童早期療育費用補助要點」補助0-6歲發展遲緩兒童交通費、療育費。	
	工作計畫：	獎補助費								
	用途別：	社會福利津貼及濟助-濟助費								

澎湖縣發展遲緩兒童早期療育費用補助申請表

兒童資料	姓名：		身分證字號：		性別：	
	出生年月日：民國 年 月 日				身份別：	
	戶籍地址	<input type="checkbox"/> 本國籍配偶子女 <input type="checkbox"/> 原住民配偶子女 <input type="checkbox"/> 大陸配偶（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 其他）子女 <input type="checkbox"/> 外籍配偶（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 其他）子女				
申請人	姓名：		身分證字號：		聯絡電話：	
	與兒童關係： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> （外）祖父母 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 其他（請註明關係）：					
	通訊地址： <input type="checkbox"/> 同兒童戶籍 <input type="checkbox"/> 其他：					
帳戶	金融機構：		帳號：			
補助項目	<input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 療育費	應繳文件	<input type="checkbox"/> 1. 申請表(含個人領據需完成簽名及蓋章) <input type="checkbox"/> 2. 戶口名簿或戶籍謄本影本 <input type="checkbox"/> 3. 發展遲緩診斷書或綜合報告書(一年內有效)或身障手冊影本 <input type="checkbox"/> 4. 暫緩入學證明(已達就學年齡,但未入小學就讀者需檢附) <input type="checkbox"/> 5. 低收入戶證明(低收入戶需檢附) <input type="checkbox"/> 6. 郵局存摺封面影本(含帳號、戶名) <input type="checkbox"/> 7. 療育費用正本(需為醫療單位、社福機構或具有執照之治療師開立之收據) <input type="checkbox"/> 8. 搭車、船或登機證明(需註明日期時間及金額) <input type="checkbox"/> 9. 療育或評估日期之證明(申請交通費需檢附,加蓋單位戳章及治療師職章) <input type="checkbox"/> 10. 其他:			
個人領據	茲收到澎湖縣馬公市第三衛生所撥付發展遲緩兒童早期療育補助款,共計 新台幣 萬 仟 佰 拾 元整,確實無訛。 具領人姓名： (簽名蓋章) 中華民國 年 月 日					

申請明細	月份	交通費	療育費	合計	審查結果 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 核定補助金額 新台幣： 萬 仟 佰 拾 元整	
	總計					
審查意見	依據「澎湖縣發展遲緩兒童早期療育費用補助要點」規定,經查所附資料符合本要點第四點 <input type="checkbox"/> 第(一)項第____款、第____款 <input type="checkbox"/> 第(二)項第____款、第____款 規定					
承辦人員		會計單位		機關長官		

--	--	--