（附件三）____年度雲林縣政府發展遲緩兒童早期療育費用補助___月療育紀錄表 112.12.22修

兒童姓名：_____ 兒童身分證統一編號:_____

（請於表格中註明療育日期、單位、項目及治療人員核章）

次數1	次數2	次數3	次數4
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
療育單位(必填):	療育單位(必填):	療育單位(必填):	療育單位(必填):
療育項目（請勾選）： □物理治療 □職能治療 □語言治療 □心理治療 □其他 治療師職名章：	療育項目（請勾選）： □物理治療 □職能治療 □語言治療 □心理治療 □其他 治療師職名章：	療育項目（請勾選）： □物理治療 □職能治療 □語言治療 □心理治療 □其他 治療師職名章：	療育項目（請勾選）： □物理治療 □職能治療 □語言治療 □心理治療 □其他 治療師職名章：

次數5	次數6	次數7	次數8
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
療育單位(必填):	療育單位(必填):	療育單位(必填):	療育單位(必填):
療育項目（請勾選）： □物理治療 □職能治療 □語言治療 □心理治療 □其他 治療師職名章：	療育項目（請勾選）： □物理治療 □職能治療 □語言治療 □心理治療 □其他 治療師職名章：	療育項目（請勾選）： □物理治療 □職能治療 □語言治療 □心理治療 □其他 治療師職名章：	療育項目（請勾選）： □物理治療 □職能治療 □語言治療 □心理治療 □其他 治療師職名章：

次數9	次數10	次數11	次數12
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
療育單位(必填):	療育單位(必填):	療育單位(必填):	療育單位(必填):
療育項目（請勾選）： □物理治療 □職能治療 □語言治療 □心理治療 □其他 治療師職名章：	療育項目（請勾選）： □物理治療 □職能治療 □語言治療 □心理治療 □其他 治療師職名章：	療育項目（請勾選）： □物理治療 □職能治療 □語言治療 □心理治療 □其他 治療師職名章：	療育項目（請勾選）： □物理治療 □職能治療 □語言治療 □心理治療 □其他 治療師職名章：

註：1.請詳實填寫，未依規定註記則不予補助，若經查證有偽造之情形時，本府將保留一切法律追訴權。

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

3.交通費以治療日期核算補助次數，每日以一趟為限

4.自費課程請將療育紀錄表浮貼於此頁面上。本表如不敷使用，請自行影印。