

(附件三) 雲林縣政府 _____ 年度發展遲緩兒童早期療育費用補助 療育紀錄表

兒童姓名：_____ (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 |
| ____月____日 | ____月____日 | ____月____日 | ____月____日 |
| 療育單位： | 療育單位： | 療育單位： | 療育單位： |
| 療育項目： | 療育項目： | 療育項目： | 療育項目： |
| 治療人員 職章： | 治療人員 職章： | 治療人員 職章： | 治療人員 職章： |
| 次數 5 | 次數 6 | 次數 7 | 次數 8 |
| ____月____日 | ____月____日 | ____月____日 | ____月____日 |
| 療育單位： | 療育單位： | 療育單位： | 療育單位： |
| 療育項目： | 療育項目： | 療育項目： | 療育項目： |
| 治療人員 職章： | 治療人員 職章： | 治療人員 職章： | 治療人員 職章： |
| 次數 9 | 次數 10 | 次數 11 | 次數 12 |
| ____月____日 | ____月____日 | ____月____日 | ____月____日 |
| 療育單位： | 療育單位： | 療育單位： | 療育單位： |
| 療育項目： | 療育項目： | 療育項目： | 療育項目： |
| 治療人員 職章： | 治療人員 職章： | 治療人員 職章： | 治療人員 職章： |
| 次數 13 | 次數 14 | 次數 15 | 次數 16 |
| ____月____日 | ____月____日 | ____月____日 | ____月____日 |
| 療育單位： | 療育單位： | 療育單位： | 療育單位： |
| 療育項目： | 療育項目： | 療育項目： | 療育項目： |
| 治療人員 職章： | 治療人員 職章： | 治療人員 職章： | 治療人員 職章： |

- 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。