

臺南市政府社會局辦理兒童及少年療育訓練費用補助實施計畫

114年5月19日南市社兒字第1140737579號函訂定

一、依據：

兒童及少年福利與權益保障法第4條、23條及臺南市弱勢兒童及少年醫療費用補助辦法。

二、目的：

為照顧本市弱勢兒童及少年，促進兒童及少年接受療育並減輕家庭經濟負擔，協助其維持家庭功能，特定本計畫。

三、補助對象：

設籍本市並實際居住之6歲以上至未滿18歲兒童及少年，且經醫師診斷證明有持續療育需求者。

四、補助項目及非補助項目：

- (一) 補助項目：補助對象至衛生福利部公告「各直轄市、縣(市)政府早期療育服務單位彙整表」所列療育單位或政府合法立案之醫事(療)機構，進行全民健康保險不給付須全額自費之療育訓練，得依規定申請療育訓練費用補助。
- (二) 非補助項目：掛號費、一般門診、診察費、評估費用、藥品、證明書費用、雜支等其他非屬療育訓練項目之費用。

五、補助費用標準：

每人每月最高補助金額為新臺幣4,000元整，低收入戶每人每月最高補助金額為新臺幣6,000元整。

六、申請方式及期限：

- (一) 補助對象於當月完成療育訓練後，申請人應於完成訓練結束後6個月內(逾期不予受理)，備齊應備文件向兒童及少年戶籍所在地區公所申請。前述所稱申請人，係指補助對象之父母、監護人、或實際照顧者。
- (二) 同月份須合併申請，如當月已申請核定補助金額過，不論費用是否已達最高補助金額，均不再受理第2次申請。

七、申請應備文件：

- (一) 申請表。
- (二) 申請人及兒童或少年最近3個月內戶籍謄本。
- (三) 醫院開具有持續療育需求之診斷證明書。
- (四) 收據正本，且須註明療育項目、療育日期及療育金額並核章(包含治療師職章及療育單位章)。

(五) 具領人存摺封面影本。

(六) 其他經主管機關指定證明文件。

八、審查及核撥：申請療育補助經審核無誤後，依本局會計程序，逕撥申請人指定之帳戶內； 不符合申請資格者，由本局逕予退件函送區公所。

九、申請人或補助對象有下列情形之一者，主管機關應不予補助或停止補助：

(一) 同一事故已依其他法令取得政府扶助或補助。

(二) 提供不實資料、拒絕或隱匿主管機關所指定之文件。

(三) 以虛偽證明、詐欺或其他不當行為申請及領取補助。

(四) 同月份重複請領。

十、本計畫所需經費由臺南市政府社會局編列預算支應。

十一、本計畫奉核後實施，修正時亦同。

臺南市政府社會局兒童及少年療育訓練費用補助申請表

114.05.19 制訂

初審單位：區公所(應為兒童及少年戶籍所在地公所) 申請日期：年 月 日(請務必填寫)

申請人	姓名	請於就診日起 6 個月內申請		與兒童關係	聯絡電話			
兒童資料	姓名		☐ 男生 ☐ 女生 ☐ 其他	出生年月日		身分證字號		
	戶籍地址：							
	通訊地址：(☐ 同上)							
	身分別： ☐ 低收入戶 / ☐ 中低收入戶及一般身分 其他身分別(可複選)： ☐ 身心障礙 / ☐ 低收入戶 / ☐ 原住民子女(☐ 父 ☐ 母 ☐ 其他：____) / ☐ 新住民子女(☐ 父 ☐ 母 ☐ 其他____)，國籍：_____							
檢附資料	☐ 經醫師診斷證明有持續療育需求之診斷證明書 ☐ 療育補助紀錄單及收據憑證單(需貼附繳費收據正本) ☐ 申請人及兒童或少年近 3 個月內戶籍謄本 / ☐ 郵局存摺封面影本 / ☐ 低收入戶證明							
郵局帳號	戶名		身分證字號		局號		帳號	
注意事項	1. 本人已詳讀本表及補助計畫內容，且據實提供各項資料文件，並確認兒童及少年未領有臺南市相同性質之政府扶助及補助，如違反上述情形，繳回已領之補助並願負法律責任。 2. 本補助同 1 個月份僅受理申請 1 次，如須申請兩間以上療育單位，同月份之補助費用須合併申請，已申請過之月份不論補助費用是否已達上限，均不再受理第 2 次申請。 3. 本人同意社會局調查本案所需戶籍、身心障礙及低收入戶資格身分等相關資料並同意配合訪視或寄送福利資訊。 4. 性別欄位之「其他」係指在二元性別「男」、「女」以外，提供開放性選項，包括雙性人、跨性別等。							
區公所初核結果	項目	療育費補助(元)	項目	療育費補助(元)	立切結書人：			
	月	_____元	月	_____元				
	月	_____元	月	_____元	初核結果： ____年____月至____年____月 同意補助_____元。			
	月	_____元	月	_____元				
承辦人核章： 課長核章： 區長核章：								
社會局複核結果	項目	療育費補助(元)	項目	療育費補助(元)	複核結果			
	月	_____元	月	_____元				
	月	_____元	月	_____元	____年____月至____年____月 同意補助_____元。			
	月	_____元	月	_____元				
承辦人核章： 單位主管核章：								

臺南市政府社會局兒童及少年療育訓練費用補助

療育訓練紀錄及收據憑證黏貼單

114.05.19 制訂

療育月份：_____年_____月（請按月份，每月填寫一張，於就診日起 6 個月內申請）

兒童姓名：_____出生年月日：_____

【本表粗框處請依次由療育人員代為填寫，並請執行療育人員務必於簽章欄簽名或蓋職章】

次數	療育日期	療育單位名稱 (需全名完整填寫)	執行療育人員簽章	療育項目 (需明確填寫)	療育自費金額
1	月 日				
2	月 日				
3	月 日				
4	月 日				
5	月 日				
6	月 日				
7	月 日				
8	月 日				
9	月 日				
10	月 日				

收據黏貼處(請依上列日期順序黏貼)

初核	核定_____年_____月_____日至_____日，療育費補助_____元
複核	核定_____年_____月_____日至_____日，療育費補助_____元

申請說明：

1. 本記錄卡僅為申請臺南市政府社會局兒童及少年療育訓練費用補助之用。
2. 填寫此表請按照日期順序由上往下填寫，每月填寫一張。**療育收據需為正本**，請依序黏貼於黏貼處。
3. 療育費：進行自費療育項目，以實際自費金額核予補助。
4. 療育項目包括認知學習、物理治療、職能治療、語言治療、親職教育、行為治療、心理治療、人際互動治療、聽能治療、視能訓練、針灸治療、感覺統合治療、其他。
5. 評估費、掛號費、診察費、門診費、診斷證明書、藥費及其他非屬療育訓練之項目不予補助。
6. 補助金額合計：非低收入戶每月最高補助 4,000 元，低收入戶每月最高補助 6,000 元。
7. 請療育執行人員務必於方格內簽章處簽章（簽名或蓋職章），並註明療育項目及核蓋醫療院所戳章。