

## 苗栗縣政府告知函【附件一】

苗栗縣政府勞動依據個人資料保護法（以下稱個資法）第八條第一項  
第九條第一項規定，向  
台端告知下列事項，請台端詳閱：

### 一、蒐集之目的：

- (一) ○五八 社會服務或社會工作
- (二) ○七四 政府福利金或救濟金給付行政

### 二、蒐集之個人資料類別：

- (一) C〇〇一 辨識個人者(姓名、通訊及戶籍地址、行動電話等)。
- (二) C〇〇二 辨識財務者(個人郵局帳戶等)。
- (三) C〇〇三 政府資料中之辨識者(身分證統一編號等)。
- (四) C〇一一 個人描述(年齡、出生年月日等)。

### 三、個人資料利用之期間、地區、對象及方式：

- (一) 期間：依法保存期限為五年。
- (二) 地區：苗栗縣。
- (三) 對象：苗栗縣政府、苗栗縣兒童發展通報轉介中心、苗栗縣兒童早期療育個案管理中心
- (四) 方式：以自動化機器或其他非自動化之利用方式。

### 四、依據個資法第三條規定，台端就本府保有台端之個人資料得行使下列權利：

- (一) 得查詢、請求閱覽或請求製給複製本，而本府依法得酌收必要成本費用。
- (二) 得請求補充或更正，惟依法台端應為適當之釋明。
- (三) 得請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除，惟依法本府因執行業務所必須者，得不依台端請求為之。

### 五、台端不提供個人資料所致權益之影響：

台端得自由選擇是否提供相關個人資料，惟台端若拒絕提供相關個人資料，本府將無法進行必要之發展遲緩兒童早期療育費用補助作業，致無法提供台端相關服務。

=====

經本府向本人告知上開事項，本人已清楚瞭解 發展遲緩兒童早期療育費用補助蒐集、處理或利用本人個人資料之目的及用途。

受告知人：\_\_\_\_\_（簽名或蓋章）

中 華 民 國 年 月 日

# 苗栗縣發展遲緩兒童早期療育費用補助申請表【表一】

填寫日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

<b>兒童相關資料</b>	兒童姓名		身分證字號		生日		性別		
	戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 段 巷弄 號 樓							
	療育身份證明及狀況	<input type="checkbox"/> 身心障礙證明或手冊(到期日：____)，障別____，第____類，程度：____ <input type="checkbox"/> 聯評綜合報告書(到期日：____) <input type="checkbox"/> (疑似)發展遲緩證明(到期日：____)，類別： <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 動作 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)_____							
	兒童身分	<input type="checkbox"/> 原住民子女： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 新住民子女：國籍_____							
	福利身分	<input type="checkbox"/> 非低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶							
<b>申請人相關資料</b>	姓名		國籍						
	性別		身分證字號/居留證號						
	與兒童關係	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 其他(請註明關係)：_____							
	聯絡電話	住家電話：_____ 行動電話：_____							
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 段 巷弄 號 樓							
<b>帳戶撥款</b>	郵局戶名：_____								
	郵局局號：_____								
<b>檢附資料</b>	郵局帳號：_____								
	※申請人為新住民者，開戶時使用居留證號碼，請填寫居留證號碼：_____								
	<input type="checkbox"/> 申請表(本表)。								
	<input type="checkbox"/> 戶籍謄本或戶口名簿影本。【如申請人與兒童不同戶籍，請檢附申請人身分證正反面影本】								
	<input type="checkbox"/> 兒童或申請人郵局存簿封面影本。								
<input type="checkbox"/> 有效期間內之(疑似)發展遲緩綜合報告書、診斷證明書或身心障礙手冊或證明影本。									
<input type="checkbox"/> 有效期限內低收入戶證明。									
<input type="checkbox"/> 其他證明文件：如緩讀證明、寄養證明等。									
本人已詳讀本表內容，且據實提供各項資料及文件，並確認兒童未領有苗栗縣「身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助」等相同性質之其他補助。如有違反上述情形，繳回已受領之補助並願負法律責任。									
立切結書人：_____ (簽名或蓋章) 日期：____年____月____日									
<b>受理申請單位審查意見</b>									
核定日期	日期：____年____月____日	承辦人或社工員	社工督導	單位主管					
<input type="checkbox"/> 資格符合 <input type="checkbox"/> 資格不符 兒童通報案號：_____									
特殊記載事項									

(送件申請後，請主動來電查詢結果)

## 苗栗縣兒童早期療育記錄表－療育費補助【表二】

兒童姓名：\_\_\_\_\_ 兒童身份證字號：\_\_\_\_\_ 編號：\_\_\_\_\_ 申請月份：\_\_月至\_\_月

※ 療 育 費 補 助 ※						
次數	療育日期	療育單位	療育人員蓋章	療育項目	自費金額	申請金額
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					
11	月 日					
12	月 日					
13	月 日					
14	月 日					
15	月 日					
_____年__月至__月份申請金額總計						

※填表說明：1. 繳費收據若為預付類，請於繳費收據上註明療育日期。2. 繳費收據以正本為主。

※家長每兩個月補助費用請款截止時間：3/5、5/5、7/5、9/5、11/5 及 1/5 前寄達(以郵戳為憑)或親送「本縣兒童發展通報轉介中心」審核，逾期不予受理。(詳如本補助實施計畫第九項)

\*受理單位簽核：\_\_\_\_\_ \*受理單位收件日：\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

**※ 收 據 請 務 必 浮 貼 此 處 ※**

(掛號費、健保給付項目之基本部份負擔不予補助)

## 苗栗縣兒童早期療育記錄表－交通費補助【表三】

兒童姓名：\_\_\_\_\_ 兒童身份證字號：\_\_\_\_\_ 編號：\_\_\_\_\_ 申請月份：\_\_月至\_\_月

※ 交 通 費 補 助 ※				
療育日期：_____	療育日期：_____	療育日期：_____	療育日期：_____	療育日期：_____
療育項目：_____	療育項目：_____	療育項目：_____	療育項目：_____	療育項目：_____
療育單位：_____	療育單位：_____	療育單位：_____	療育單位：_____	療育單位：_____
療育人員：_____	療育人員：_____	療育人員：_____	療育人員：_____	療育人員：_____
療育日期：_____	療育日期：_____	療育日期：_____	療育日期：_____	療育日期：_____
療育項目：_____	療育項目：_____	療育項目：_____	療育項目：_____	療育項目：_____
療育單位：_____	療育單位：_____	療育單位：_____	療育單位：_____	療育單位：_____
療育人員：_____	療育人員：_____	療育人員：_____	療育人員：_____	療育人員：_____
療育日期：_____	療育日期：_____	療育日期：_____	療育日期：_____	療育日期：_____
療育項目：_____	療育項目：_____	療育項目：_____	療育項目：_____	療育項目：_____
療育單位：_____	療育單位：_____	療育單位：_____	療育單位：_____	療育單位：_____
療育人員：_____	療育人員：_____	療育人員：_____	療育人員：_____	療育人員：_____
療育日期：_____	療育日期：_____	療育日期：_____	療育日期：_____	療育日期：_____
療育項目：_____	療育項目：_____	療育項目：_____	療育項目：_____	療育項目：_____
療育單位：_____	療育單位：_____	療育單位：_____	療育單位：_____	療育單位：_____
療育人員：_____	療育人員：_____	療育人員：_____	療育人員：_____	療育人員：_____

※填表說明：表格內容務必請療育單位確實核章，未核章則視為無效次數，不予補助。

※家長每兩個月補助費用請款截止時間：3/5、5/5、7/5、9/5、11/5 及 1/5 前寄達(以郵戳為憑)或親送「本縣兒童發展通報轉介中心」審核，逾期不予受理。(詳如本補助實施計畫第九項)

_____年____月至____月核定金額(受理單位填寫)
交通費：_____次*200元=_____元
*受理單位簽核：_____
*受理單位收件日：_____年____月____日