

113年苗栗縣兒童早期療育費用補助實施計畫

一、依據：兒童及少年福利與權益保障法、衛生福利部發展遲緩兒童早期療育費用補助實施計畫。

二、目的：

- (一) 促進發展遲緩兒童及早接受療育，掌握其最佳療效期，使發展遲緩兒童的障礙程度減至最低，並透過療育服務使其潛能盡量發揮。
- (二) 減輕發展遲緩兒童家庭之經濟負擔，協助其維持家庭功能，降低社會成本。

三、指導單位：衛生福利部社會及家庭署。

四、主辦單位：苗栗縣政府(以下簡稱本府)。

五、申請補助期間：民國113年1月1日起至113年12月31日止。

六、補助對象：

設籍本縣未達就學年齡之(疑似)發展遲緩或身心障礙兒童，並已通報至本縣兒童發展通報轉介中心者(兒童保護安置個案得不受戶籍限制)，且符合以下各款條件之一者：

- (一) 持有經衛生福利部輔導設置聯合評估中心或提供兒童發展評估之區域規模以上醫院，綜上所開具之綜合報告書(有效期間依報告書有效期限認定之)或(疑似)發展遲緩診斷證明書(有效期間依證明書有效期限認定之)。
- (二) 領有身心障礙手冊或身心障礙者證明且未領有身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助。
- (三) 已達就學年齡，經鑑定安置輔導委員會同意暫緩入學之發展遲緩兒童或身心障礙兒童(暫緩入學者，以1年為限)。

前項開立綜合報告書及診斷證明書以最新開立日期為有效文件。

本計畫補助對象排除單純注意力不集中、過動及構音異常者，惟診斷證明載明(疑似)發展遲緩，建議接受早期療育者不在此限。

七、補助項目：

符合補助對象之兒童得申請下列補助：

(一) 交通費

至公立私立早期療育機構、身心障礙福利機構、衛生福利部中央健康保險署認可之早期療育特約之醫療單位或各縣市政府審查核可之自費療育單位接受療育之交通費用。

(二) 療育費

經本府審查核可之自費療育單位進行非健保給付之療育項目所需療育費用。

前項所稱早期療育機構、身心障礙福利機構或本府審查核可之自費療育單位，係指完成法人登記並於組織章程中載明提供(疑似)發展遲緩或身心障礙兒童教育或療育相關服務，且執行療育人員應具備足以執行療育之專業證照或訓練資歷，相關資料業送經縣府造冊備查者。

前項療育項目指認知學習、物理治療、職能治療、語言治療、感覺統合治療、聽能訓練等，並經醫師、社工師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、特教老師（早期療育教保老師）、臨床心理師、諮商心理師等專業人員所執行之療育項目。

(三)社區療育費用

依「衛生福利部發展遲緩兒童社區療育服務實施計畫」、「113 年苗栗縣發展遲緩兒童社區療育服務實施計畫」經地方政府核定之地點提供療育者，得申請療育費用之補助。

八、補助標準及方式：

(一)補助標準：

1、交通費補助：

(1)非低收入戶(含中低收入戶)：每人每次最高補助新臺幣(以下同)200 元，每月最高補助 10 次。

(2)低收入戶：每人每次最高補助 200 元，每月最高補助不限次數，以實際次數核實支付。

(註：同 1 日於同家醫院進行 2 次以上療育項目者以 1 次計；同 1 日於 2 家以上醫院進行療育者，亦同。)

2、療育費補助：早期療育單位所執行健保不給付項目之療育項目而須自付之費用(掛號費、健保給付項目之部份負擔不予補助)，依收據實際支出金額申請，每人每日補助金額核實支付。

3、社區療育費補助(到宅療育、社區據點療育)：每人每次補助金額最高為新臺幣 1,000 元。

(二)補助方式：

1、補助交通費及療育費或社區療育費：非低收入戶(含中低收入戶)每名每月最高補助 4,000 元；低收入戶每名每月最高補助 6,000 元。

2、交通費及療育費不得同時段與社區療育費重複請領。

九、申請方式：

步驟(一)、每個年度開始，申請人請重新提送下列各表件並送至本縣兒童發展通報轉介中心，於資格審查通過後當月開始計算補助。(送件後中心於 3 個工作日內審查完畢，請申請人主動來電查詢結果)。

1、申請人資格：兒童之父母、祖父母、監護人或寄養家庭父母、實際照顧者或經地方政府指定之療育單位。

2、申請相關表單：

(1)苗栗縣政府告知函。【附件一】

(2)早期療育補助申請表。【表一】

(3)受補助對象戶口名簿影本或戶籍謄本

備註：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。

(4)兒童或申請人之郵局存簿封面影本。

(5)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)。

(6)有效期限內之低收入戶證明。

(7)其他證明文件(如緩讀證明書、寄養證明等)

步驟(二)、當完成步驟(一)申請且符合資格者，申請人於每兩個月補助時間內主動提出請款申請：

1、早期療育記錄表-療育費補助。【表二】

2、早期療育記錄表-交通費補助。【表三】

3、補助費用收件及撥款時間如下表：

療育費用收件及撥款時間						
補助月份	1月至 2月	3月至 4月	5月至 6月	7月至 8月	9月至 10月	11月至 12月
通轉中心 收件截止	3月5日	5月5日	7月5日	9月5日	11月5日	1月5日
配合撥款 日期	4月15日	6月15日	8月15日	10月15日	12月15日	1月31日
★ 收件截止日如遇例假日，收件期限將順延至例假日後第一個上班日。 ★ 療育費用申請紀錄表以掛號寄達(以郵戳為憑)或親送至『苗栗縣兒童發展通報轉介中心』審核，逾期不予受理。 ★ 補助應於補助時間內提出請款申請，逾期不得追溯。						

十、預期效益：

提昇本縣發展遲緩或身心障礙兒童早期療育最佳療育時效，減低發展遲緩或身心障礙兒童障礙程度，透過療育服務發揮其潛能，並且能幫助家庭減輕療育費用之負擔。

十一、經費來源：

(一)衛生福利部社會及家庭署補助。

(二)本府社會福利相關預算。

十二、本計畫奉核後實施，修正時亦同。

備註：申請早期療育補助受理單位：

※苗栗縣兒童發展通報轉介中心：

聯絡地址：苗栗縣公館鄉館中村大同路 205 號

聯絡電話：(037)230265

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

兒童相關資料	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						
申請人相關資料	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						
帳戶撥款	郵局戶名：	_____						
	郵局局號：	_____						
檢附資料	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								
受理申請單位審查意見								
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