**連江縣發展遲緩兒童早期療育紀錄單**

**年 月**

**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** |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 療育單位：  療育項目：  治療人員： | 療育單位：  療育項目：  治療人員： | 療育單位：  療育項目：  治療人員： | 療育單位：  療育項目：  治療人員： |
| **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：  療育項目：  治療人員： | 療育單位：  療育項目：  治療人員： | 療育單位：  療育項目：  治療人員： | 療育單位：  療育項目：  治療人員： |
| **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：  療育項目：  治療人員： | 療育單位：  療育項目：  治療人員： | 療育單位：  療育項目：  治療人員： | 療育單位：  療育項目：  治療人員： |

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，本縣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.本紀錄單一個月使用一張，如不敷使用，請自行影印。

4.申請日期：1-3月補助款，請於每年4月5日前申請；4-6月補助款，請於每年7月

日前申請；7-9月補助款，請於每年10月5日前申請；10-12月補助款，請於次年1

月5日前申請；逾期不予受理。

5.受理單位：連江縣各鄉公所。

6.撥款單位：連江縣衛生福利局(社會福利科)，聯絡電話：25022分機313。