

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 項目：_____ 療育 單位：_____ 療育 人員：_____	療育 日期：_____ 療育 項目：_____ 療育 單位：_____ 療育 人員：_____	療育 日期：_____ 療育 項目：_____ 療育 單位：_____ 療育 人員：_____	療育 日期：_____ 療育 項目：_____ 療育 單位：_____ 療育 人員：_____	療育 日期：_____ 療育 項目：_____ 療育 單位：_____ 療育 人員：_____
療育 日期：_____ 療育 項目：_____ 療育 單位：_____ 療育 人員：_____	療育 日期：_____ 療育 項目：_____ 療育 單位：_____ 療育 人員：_____	療育 日期：_____ 療育 項目：_____ 療育 單位：_____ 療育 人員：_____	療育 日期：_____ 療育 項目：_____ 療育 單位：_____ 療育 人員：_____	療育 日期：_____ 療育 項目：_____ 療育 單位：_____ 療育 人員：_____
療育 日期：_____ 療育 項目：_____ 療育 單位：_____ 療育 人員：_____	療育 日期：_____ 療育 項目：_____ 療育 單位：_____ 療育 人員：_____	療育 日期：_____ 療育 項目：_____ 療育 單位：_____ 療育 人員：_____	療育 日期：_____ 療育 項目：_____ 療育 單位：_____ 療育 人員：_____	療育 日期：_____ 療育 項目：_____ 療育 單位：_____ 療育 人員：_____
療育 日期：_____ 療育 項目：_____ 療育 單位：_____ 療育 人員：_____	療育 日期：_____ 療育 項目：_____ 療育 單位：_____ 療育 人員：_____	療育 日期：_____ 療育 項目：_____ 療育 單位：_____ 療育 人員：_____	療育 日期：_____ 療育 項目：_____ 療育 單位：_____ 療育 人員：_____	療育 日期：_____ 療育 項目：_____ 療育 單位：_____ 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 12/25 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十項)

107 年__月至__月核定金額(受理單位填寫)

交通費：__次 * ☐100 元=____元，
☐200 元=____元，

*受理單位簽核：_____

*受理單位收件日：107 年__月__日