

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 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)

108 年__月至__月核定金額(受理單位填寫)	
交通費：__次 * <input type="checkbox"/> 100 元=_____元，	
<input type="checkbox"/> 200 元=_____元，	
*受理單位簽核：_____	*受理單位收件日：108 年__月__日