

新北市政府辦理發展遲緩兒童療育補助(僅供健保課程使用)

療育紀錄單 _____年_____月(請務必核章療育單位、療育人員)

兒童姓名：_____

(本紀錄單請自行影印使用)

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：	療育單位：	療育單位：	療育單位：
療育項目：	療育項目：	療育項目：	療育項目：
療育人員	療育人員	療育人員	療育人員
核章處：	核章處：	核章處：處：	核章處：
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：	療育單位：	療育單位：	療育單位：
療育項目：	療育項目：	療育項目：	療育項目：
療育人員	療育人員	療育人員	療育人員
核章處：	核章處：	核章處：：	核章處：：
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：	療育單位：	療育單位：	療育單位：
療育項目：	療育項目：	療育項目：	療育項目：
療育人員	療育人員	療育人員	療育人員
核章處：	核章處：	核章處：	核章處：
次數 13	次數 14	次數 15	次數 16
____年____月____日	____年____月____日	____年____月____日	____年____月____日
療育單位：	療育單位：	療育單位：	療育單位：
療育項目：	療育項目：	療育項目：	療育項目：
療育人員	療育人員	療育人員	療育人員
核章處：	核章處：	核章處：	核章處：
次數 17	次數 18	次數 19	次數 20
____年____月____日	____年____月____日	____年____月____日	____年____月____日
療育單位：	療育單位：	療育單位：	療育單位：
療育項目：	療育項目：	療育項目：	療育項目：
療育人員	療育人員	療育人員	療育人員
核章處：	核章處：	核章處：	核章處：

註：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，本府將保留一切法律追訴權。