檔　　號:
保存年限:

屏東縣政府 函

地址：900219屏東縣屏東市自由路527號
聯絡人：陳季昀
聯絡電話：08-7320415#3647
傳真：7322450
電子信箱：yun002609@gmail.com

受文者：屏東縣屏東市仁愛國民小學

發文日期：中華民國114年12月1日
發文字號：屏府教特字第1145219404號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨(或逕至本縣特殊教育資源中心網站/本縣教保資源網公告下載)
(376530000A114521940400-1.pdf、376530000A114521940400-2.pdf、376530000A114521940400-3.pdf、376530000A114521940400-4.pdf、376530000A114521940400-5.pdf、376530000A114521940400-6.pdf)

主旨：檢送修正「屏東縣發展遲緩兒童療育費用補助實施計畫」1份，自115年1月1日生效，請查照。

說明：

一、依據本府114年11月24日屏府社婦字第1140308968號函辦理。

二、本案同步公告於本縣特殊教育資源中心網站(https://www.sped.ptc.edu.tw/)及本縣教保資源網(https://www.kids.ptc.edu.tw/nss/p/news)。

正本：本縣各高國中及特殊學校、本縣各國小及公立幼兒園、屏東縣來義鄉望嘉國民小學、本縣私立教保服務機構
副本：本縣特殊教育資源中心、本府教育處特殊及學前教育科 電子公文交換章 2025/12/02 10:58:07

屏東縣發展遲緩兒童療育費用補助實施計畫

99.2.8 屏府社福字第0990036809 號函修正
100.9.9 屏府社婦字第1000239108 號函修正
102.1.25 屏府社婦字第10202734600 號函修正
103.1.25 屏府社婦字第10303224500 號函修正
109.4.7 屏府社婦字第10913015900 號函修正
113.3.20 屏府社婦字第11312214200 號函修正
114.11.24 屏府社婦字第1140308968 號函修正

一、 目的：以發展遲緩及身心障礙兒童接受療育為服務取向，促使本縣發展遲緩及身心障礙兒童獲得適切之健康照顧，促進其身心正常發展，以維護就醫權益並減輕其家庭負擔，維持家庭正常功能。

二、 指導單位：衛生福利部社會及家庭署

三、 主辦單位：屏東縣政府

四、 補助對象：

（一）設籍本縣未滿六歲或六歲以上尚未入國民小學之兒童且已通報本縣發展遲緩兒童個案管理中心並符合下列條件之一者：

1. 持有兒童發展聯合評估中心或經地方政府認可之醫院開具之綜合報告書（有效期間依報告書有效期限認定之，若無註明，則自開立日起算一年內有效）或（疑似）發展遲緩證明書（有效期間自開立日起算一年內有效）。
2. 領有身心障礙證明。
3. 已達就學年齡之兒童，經屏東縣特殊教育學生鑑定及就學輔導會（簡稱鑑輔會）同意暫緩入學(至多以緩讀一年為限)。

   本項已達就學年齡且未經同意暫緩入學之發展遲緩或身心障礙兒童，該補助申請資格至當年度8月31日止。

（二）前款以外，六歲以上未滿十八歲之兒童少年，經醫師診斷證明有持續療育需求（有效期間自開立日起算一年內有效）且符合下列條件之一者：

1. 經濟弱勢且領有身心障礙證明或經特殊教育學生鑑定及就學輔導會鑑定通過之特殊教育學生：

   (1)本縣列冊低收入戶。

   (2)本縣列冊中低收入戶。

   (3)符合「屏東縣特殊境遇家庭扶助申請及審核作業須知」規定之資格。
2. 具有重大傷病或罕見疾病證明者。

五、 補助項目：

（一） 符合補助對象之兒童得申請下列補助：

(疑似)發展遲緩或身心障礙兒童至公私立早療機構、身心障礙福利機構、衛生福利部或各地方政府認可之早療特約醫療單位或其他經地方政府同意之自費療育機構或單位接受療育者，得申請療育訓練費用或交通費之補助。

前項療育項目指語言治療、認知學習、物理治療、職能治療、感覺統合治療、心理治療、聽能訓練、視能訓練、音樂治療。

（二） 非補助項目：

1. 一般門診、評估費用、掛號費、證明書費用、藥品、親子課程、評估後僅單純構音異常之兒童、幼兒園課堂間療育、雜支及其他非屬療育訓練項目之相關費用。
2. 依衛生福利部社會及家庭署「發展遲緩兒童社區療育服務實施計畫」接受療育者，原則不補助療育訓練費用及交通費。

六、 補助標準：

（一）未滿六歲或六歲以上尚未入國民小學之兒童：

1. 低收入戶者，每人每月交通費及療育費合併計算最高補助新臺幣6,000元整，未達最高補助者，則以實報實銷方式補助。
2. 非低收入戶者，每人每月交通費及療育費合併計算最高補助新臺幣4,000元整，未達最高補助者，則以實報實銷方式補助。
3. 申請身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助、弱勢兒童及少年生活扶助及醫療費用補助辦法之全民健康保險未涵蓋之發展遲緩兒童療育訓練費補助者不得重複申請。
4. 療育費用依申請時所附單據審核補助款，每次最高補助新臺幣1,000元整；低收入戶交通費每次補助新臺幣300元，非低收入戶交通費每次補助新臺幣200元，每月以補助5次為限，同一日至相同單位接受療育者，交通費僅得核算1次(搭乘本縣復康巴士、長期照護交通車進行療育者不得申請本項補助)。

（二）前款以外，六歲以上未滿十八歲之兒童少年：

1. 低收入戶者，每人每月療育費最高補助新臺幣6,000元整，未達最高補助者，則以實報實銷方式補助。

2. 非低收入戶者，每人每月療育費最高補助新臺幣4,000元整，未達最高補助者，則以實報實銷方式補助。
3. 療育費用依申請時所附單據審核補助款，每次最高補助新臺幣1,000元整。
4. 申請身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助不得重複申請。

七、 申請辦法及給付方式：

（一）申請人：

1. 兒童父母、法定監護人、寄養家庭家長、安置教養等相關機構或其他依兒童最佳利益考量，經本府認可之主要照顧者，按季檢附應備文件提出申請，接受申請單位需彙整並進行初審後送本府社會處審核。
2. 未滿六歲或六歲以上尚未入國民小學之兒童向本縣發展遲緩兒童個案管理中心提出申請。
3. 前目以外，六歲以上未滿十八歲之兒童少年向兒童戶籍所在地鄉鎮市公所提出申請。

（二）應備文件：

1. 未滿六歲或六歲以上尚未入國民小學之兒童
   (1)申請表(附件1-1)。
   (2)戶口名簿影本(第一季申請時檢附)。
   (3)發展遲緩診斷證明書（有效期間以一年認定之）、經衛生福利部輔導設置聯合評估中心或經地方政府認可之醫院開具之綜合報告書（有效期間依報告書有效期限認定之，若無註明或註記不需複評，則自開立日起算一年內有效）或身心障礙證明影印本，於第一季申請時檢附，**如逾有效期間則需重新檢附新核發之證明**。
   (4)療育紀錄摘要表(附件2)須由本府同意備查之已立案療育單位具合格證照專業治療師或相關專業人員簽名或蓋章。
   (5)經鑑輔會同意暫緩入學之證明（非已達就學年齡之兒童免）。
   (6)低收入戶證明（非低收入戶免）。
   (7)自費療育之醫療收據正本(附件3，須註明療育項目、療育日期及金額、治療師核章並加蓋療育單位戳章)。
   (8)家庭寄養合約書(非家庭寄養者免)。
   (9)兒童、監護人、安置或療育單位郵局存款簿封面影本，若提供其他

親屬之郵局存款簿封面影本須提供切結書(附件4)。

2. 前目以外，六歲以上未滿十八歲之兒童少年：

(1)申請表(附件1-2)。

(2)戶口名簿影本(第一季申請時檢附)。

(3)醫院開立具有持續療育需求之診斷證明書。

(4)身心障礙證明、經特殊教育學生鑑定及就學輔導會鑑定通過之證明、重大傷病或罕見疾病證明。

(5)低收入戶、中低收入戶、符合「屏東縣特殊境遇家庭扶助申請及審核作業須知」規定之資格(重大傷病或罕見疾病申請者免附)。

(6)自費療育之醫療收據正本(附件3，須註明療育項目、療育日期及金額、治療師核章並加蓋療育單位戳章)。

(7)家庭寄養合約書(非家庭寄養者免)。

(8)兒童、監護人、安置或療育單位郵局存款簿封面影本，若提供其他親屬之郵局存款簿封面影本須提供切結書(附件4)。

(三) 申請時間：

療育期間	前一年12月至當年度3月	4月-6月	7月-9月	10月-11月
受理申請起訖日	4月1日至4月10日	7月1日至7月10日	10月1日至10月10日	12月1日至12月10日

(四) 申請文件未備齊者，經本府逕予退件函送本縣發展遲緩兒童個案管理中心或鄉鎮市公所，以書面通知於文到後七日內補正，逾期未補正或逾期申請者不受理亦不得回溯補助，惟新申請案可追溯至上一季。

(五) 經本府審核後將補助款項逕匯入申請人指定之帳戶。

(六) 有下列情形之一者，應主動通知本府，如未通知或經查有溢領事實者，本府得停止補助並追繳溢領款：

1. 兒童戶籍遷出本縣。

2. 補助對象死亡。

3. 已無發展遲緩情形或身心障礙證明註銷。

4. 以詐欺或不當方法申請補助。

5. 其他喪失申請資格之情事。

本府以書面通知申請人限期繳回，逾期不繳回者，依法送法務部行政執

行署執行，涉及刑責者，移送司法機關辦理。

八、 自費療育單位注意事項：

（一）資格審查：本縣非健保特約之療育單位須函送以下資料報請本府同意備查始能適用本補助計畫。

1. 自費療育單位申請函。

2. 專業人員相關證明文件(治療師證照或執業執照、特教老師證明等)。另新進專業人員需先經本府備查。

3. 立案相關證明文件。

（二）應配合事項：

1. 本府有監督、檢查及不定期稽查兒童療育情形、療育對象身份確認之權利，前述單位不得規避、妨礙或拒絕，並應提供必要之協助。

2. 經查前述單位如有課程及療育內容不實致虛報申領者，即通報立案主管機關憑辦，且不再擔任本計畫療育單位。

3. 療育單位應針對兒童個別狀況訂定療育目標及製作療育紀錄，本府得不定期抽查。

4. 療育單位應配合辦理兒童發展通報事宜。

九、 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。

十、 經費來源：

（一）衛生福利部社會及家庭署補助款及本府編列預算支應。

（二）本計畫經費於年度預算額度內執行，如預算執行完畢即停止受理申請。

十一、 本計畫奉縣長核定後實施，修正時亦同。

附件 1-1

屏東縣發展遲緩兒童療育費用補助申請表(6 歲以下)

是否為初次申請：□是 □否　　申請日期：　年　月　日

申請人	姓名	身分證字號		聯絡電話
	聯絡地址			
	與兒童之關係	□父母 □祖父母 □監護人 □其他（請註明關係）：_____		
兒童	姓名	性別	身分證字號	出生年月日
		□男　□女		年　月　日
	外籍、大陸配偶或原住民子女	□ 外籍配偶(□父□母)子女　□原住民子女 □ 大陸配偶(□父□母)子女		
	戶籍地址			
申請資格		□低收入戶　□非低收入戶		

撥款**郵局**帳戶戶名		身分證字號		局號		帳號	

檢附證件	□ 低收入戶證明（非低收入戶免）	□自費療育收據正本
	□ 身心障礙證明、發展遲緩診斷證明書或綜合報告書影本	□全戶戶口名簿影本(勿省略記事)
	□ 緩讀證明（達就學年齡但未入小學就學者）	□療育紀錄摘要表
	□ 兒童或監護人郵局存款簿封面影本	□其他_____

初審補助金額(初審單位填寫)	月份	交通費	療育費
	年　月	元	元
	年　月	元	元
	年　月	元	元
	年　月	元	元
	合計	**元**	**元**

初審單位簽章	承辦人	業務主管	機關首長

審核結果(由主管機關填寫)

□通過(申請資料符合規定及評估在效期內)，核發交通費_____元、療育費_____元

□不通過。審核意見：

主管機關簽章	承辦人	業務主管	機關首長

附件 1-2

屏東縣發展遲緩兒童療育費用補助申請表(6 至 18 歲)

是否為初次申請：□是 □否　　申請日期：　年　月　日

申請人	姓名	身分證字號		聯絡電話
	聯絡地址			
	與兒童之關係	□父母 □祖父母 □監護人 □其他（請註明關係）：_____		
兒童	姓名	性別	身分證字號	出生年月日
		□男　□女		年　月　日
	外籍、大陸配偶或原住民子女	□ 外籍配偶(□父□母)子女　□原住民子女 □ 大陸配偶(□父□母)子女		
	戶籍地址			
申請資格		□低收入戶　□非低收入戶		

撥款**郵局**帳戶戶名		身分證字號		局號		帳號	

檢附證件	□診斷證明書(須註明有療育需求) □身心障礙證明**或**經特殊教育學生鑑定及就學輔導會鑑定通過之證明**或**重大傷病**或**罕見疾病證明 □低收入戶證明**或**中低收入戶證明**或**「屏東縣特殊境遇家庭扶助申請及審核作業須知」證明(重大傷病或罕見疾病申請者免附) □自費療育收據正本 □全戶戶口名簿影本(勿省略記事) □兒童或監護人郵局存款簿封面影本　□其他_____

	月份	療育費
初審補助金額(初審單位填寫)	年　月	元
	年　月	元
	年　月	元
	年　月	元
	合計	**元**

	承辦人	業務主管	機關首長
初審單位簽章			

審核結果(由主管機關填寫)

□通過(申請資料符合規定及評估在效期內)，療育費_____元

□不通過。審核意見：

	承辦人	業務主管	機關首長
主管機關簽章			

附件2

屏東縣發展遲緩兒童療育紀錄摘要表

兒童姓名		性別	□男 □女	出生日期		身份證字號	
家長姓名				聯絡電話			
療育單位				療育地	_____縣/市_____鄉鎮市（區）	聯絡電話	
療育目標							

※服務摘要與簽到表

(非低收入戶來回一趟補助200元，每月最多補助1,000元；低收入戶來回一趟補助300元，每月最多補助1,500元。同一日至相同單位接受療育者，交通費僅得核算1次。搭乘本縣復康巴士、長期照護交通車進行療育者不得申請本項補助)

序號	療育日期/時數	療育項目	專業人員簽章	家屬簽章
1		□1認知學習 □2物理治療 □3職能治療 □4語言治療 □5感覺統合治療 □6心理治療 □7親職教育（諮詢評估）□8其他		
2		□1認知學習 □2物理治療 □3職能治療 □4語言治療 □5感覺統合治療 □6心理治療 □7親職教育（諮詢評估）□8其他		
3		□1認知學習 □2物理治療 □3職能治療 □4語言治療 □5感覺統合治療 □6心理治療 □7親職教育（諮詢評估）□8其他		
4		□1認知學習 □2物理治療 □3職能治療 □4語言治療 □5感覺統合治療 □6心理治療 □7親職教育（諮詢評估）□8其他		
5		□1認知學習 □2物理治療 □3職能治療 □4語言治療 □5感覺統合治療 □6心理治療 □7親職教育（諮詢評估）□8其他		
6		□1認知學習 □2物理治療 □3職能治療 □4語言治療 □5感覺統合治療 □6心理治療 □7親職教育（諮詢評估）□8其他		
7		□1認知學習 □2物理治療 □3職能治療 □4語言治療 □5感覺統合治療 □6心理治療 □7親職教育（諮詢評估）□8其他		
8		□1認知學習 □2物理治療 □3職能治療 □4語言治療 □5感覺統合治療 □6心理治療 □7親職教育（諮詢評估）□8其他		
9		□1認知學習 □2物理治療 □3職能治療 □4語言治療 □5感覺統合治療 □6心理治療 □7親職教育（諮詢評估）□8其他		
10		□1認知學習 □2物理治療 □3職能治療 □4語言治療 □5感覺統合治療 □6心理治療 □7親職教育（諮詢評估）□8其他		
11		□1認知學習 □2物理治療 □3職能治療 □4語言治療 □5感覺統合治療 □6心理治療 □7親職教育（諮詢評估）□8其他		
12		□1認知學習 □2物理治療 □3職能治療 □4語言治療 □5感覺統合治療 □6心理治療 □7親職教育（諮詢評估）□8其他		
13		□1認知學習 □2物理治療 □3職能治療 □4語言治療 □5感覺統合治療 □6心理治療 □7親職教育（諮詢評估）□8其他		
14		□1認知學習 □2物理治療 □3職能治療 □4語言治療 □5感覺統合治療 □6心理治療 □7親職教育（諮詢評估）□8其他		
15		□1認知學習 □2物理治療 □3職能治療 □4語言治療 □5感覺統合治療 □6心理治療 □7親職教育（諮詢評估）□8其他		
共計_____次，擬申請_____次，計_____元補助				

註：1.請專業人員依療育日期確實填寫

2.檢附影本時，請加蓋與正本無異及檢附者簽章

3.如療育目標改變，請另填新表

附件 3

屏東縣發展遲緩兒童療育補助療育訓練費收據黏貼憑證單

---------- 粘　貼　線 ----------

請 在 此 黏 貼 具 領 人 療 育 訓 練 自 費 收 據 正 本

備註：

1. 每次課程都需要收據正本，並請療育單位於收據上註明療育項目、療育日期、療育金額、治療師核章並加蓋療育單位戳章。
2. 一般門診、評估、掛號收據及其他非屬自費療育訓練項目者不予補助，無須檢附。
3. 本表格如不敷使用，請自行影印。

附件4

切結書

具切結人_____為兒童_____之_____(請填寫與兒童關係，如：祖父母)為辦理屏東縣發展遲緩兒童早期療育費用補助，因_____原因（例如無開立郵局帳戶、帳戶遭凍結等)，至補助款無法撥入兒童帳戶，提供姓名_____之帳戶(與兒童之關係為_____)之郵局存摺封面，本人確實為兒童實際照顧者，具結如有不實，同意立即中止補助並將補助之金額繳還公庫且負擔法律責任，特立此切結書為憑。

具切結書人：　　（簽章）

身分證字號：

戶籍地址：

連絡電話：

中華民國　　年　　月　　日