



社團法人臺灣雷特氏症病友關懷協會  
106 年度多「蕾」咪-蕾雷家族支持服務-經濟扶助計畫

- 一、依據：協會章程。
- 二、目的：
  - (一) 為使雷特氏症患者持續接受療育，掌握其最佳療效期，將雷特氏症患者的退化程度減至最低，並透過療育服務發揮其潛能。
  - (二) 減輕雷特氏症患者之主要照顧者壓力，鼓勵主要照顧者申請居服員喘息服務，並透過喘息服務釋放主要照顧者壓力。
  - (三) 減輕雷特氏症患者家庭之經濟負擔，協助其維持家庭功能，減低社會成本。
- 三、指導單位：內政部。
- 四、主辦單位：社團法人臺灣雷特氏症病友關懷協會(以下簡稱本會)。
- 五、申請補助期間：民國 106 年 1 月 1 日起至 106 年 12 月 20 日止。
- 六、補助對象：本會準會員。
- 七、補助項目：符合補助對象之會員得申請下列補助：
  - (一) 交通費：至公私立早期療育機構、身心障礙福利機構、衛生福利部中央健康保險署認可之早期療育特約之醫療單位或各縣市政府審查核可之自費療育單位接受療育之交通費用。
  - (二) 療育費：經本會審查核可之自費療育單位，進行非健保給付之療育項目所需療育費用。
  - (三) 居服員費用：自費部份費用之補助。
  - (四) 檢驗/檢查費用：經醫師證明必須之自費檢查項目:產前檢查費用(適用對象：準會員之母親及姐妹、兄嫂)、病友營養評估、病友骨質疏鬆檢查等。
  - (五) 藥品費用：經醫師證明必須之自費藥品項目，項目有維他命 D 藥物等。
  - (六) 輔具費用：經由醫師或治療師證明必須自費採買政府無補助之輔具，或高金額之輔具項目差額補助。

前項所稱早期療育機構、身心障礙福利機構或本會審查核可之自費療育單位，係指完成法人登記並於組織章程中載明提供(疑似)發展遲緩或身心障礙者教育或療育相關服務，且執行療育人員應具備足以執行療育之專業證照或訓練資歷，相關資料業送經縣府造冊備查者。

前項療育項目指認知學習、物理治療、職能治療、語言治療、感覺統合治療、音樂治療、遊戲治療、心理治療、藝術治療、聽能訓練等，並經醫師、社工師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、特教老師(早期療育教保老師)、臨床心理師、諮商心理師等專業人員所執行之療育項目。

## 八、補助標準及方式：

### (一)補助標準：

- 1、交通費補助：每人每日最高補助新臺幣 200 元。
- 2、療育費補助：療育單位所執行健保不給付項目之療育項目而須自付之費用（掛號費、健保給付項目之基本部份負擔不予補助），依收據實際支出金額申請。
- 3、居服員費用：依收據實際支出金額申請。
- 4、檢驗費用：檢附醫院之檢驗單影印本及醫療院所收據支付實際支出金額。
- 5、藥品費用：檢附醫院之檢驗單影印本及醫療院所收據支付實際支出金額。
- 6、輔具費用：檢附醫師或輔具中心評估證明影本，並提供單次購買之發票(金額 3000 元以下之輔具)，並打上統一編號 38621084 品項發票申請，如已與其它政府單位或社福單位申請者，請填寫已申請之詳細內容及發票影印本做為申請及審核之用。

### (二)補助方式：

第（一）點各項補助合計，每名每年最高補助 3,000 元。其它指定捐款補助內容，請詳見「指定捐款補助辦法」執行之。

## 九、申請方式：

申請人應檢具下列各表件並送本會申請。

(一) 申請人資格：準會員之父母、祖父母、監護人。

(二) 申請相關表單：

- 1、申請表。【表一】
- 2、受補助對象或申請人之郵局或銀行存簿封面影本。
- 3、療育記錄表-療育補助。【表二】
- 4、療育記錄表-交通補助。【表三】
- 5、居服員申請通過之政府公文影本及居服員服務記錄表。【表四】
- 6、檢驗/檢查/藥品費用申請表【表五】
- 7、輔具費用申請表。【表六】

## 十、補助費用審定及核發時間：

審定後於申請月份次月 10 日核發，12 月份申請於次年 1 月 10 日核發。

**社團法人臺灣雷特氏症病友關懷協會**  
**106 年度經濟扶助計劃申請表【表一】**

填寫日期：106 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

<b>病友</b>	姓名		會員編號	(此欄由本會填寫)	生日		性別	
	戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣市      鄉鎮市區      村里      鄰      路街      段      巷弄      號      樓						
<b>申請人</b>	姓名		與兒童關係	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 其他(請註明關係)：_____				
	性別		E-mail					
	電話	日：	夜：	行動電話：				
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上 縣市      鄉鎮市區      村里      鄰      路街      段      巷弄      號      樓						
<b>帳戶撥款</b>	_____ 郵局/銀行 _____ 分行  戶名：_____ 郵局局號：_____ 郵局/銀行帳號：_____							
※申請人為新移民者，開戶若使用居留證號碼，請另填寫居留證號碼：_____								
<b>檢附資料</b>	資料	申請項目	健保復健	自費復健	居服費用	檢驗/檢查/藥品	輔具費用	
		申請表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		郵局或銀行存簿封面影本 【必為受補助對象或申請人】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		療育記錄表-療育補助。【表二】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		療育記錄表-交通補助。【表三】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		居服員申請通過之政府公文影本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		居服員服務記錄表【表四】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		檢驗/檢查/藥品費用申請表 【表五】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	輔具費用申請表。【表六】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
本人已詳讀本表內容，且據實提供各項資料及文件，如有違反上述情形，繳回已受領之補助並願負法律責任。								
立切結書人：_____ (簽名或蓋章)      中華民國_____年_____月_____日								
<b>本會審查意見</b>								
社工員		社工督導						
<input type="checkbox"/> 資格符合 <input type="checkbox"/> 資格不符								
特殊記載事項								

社團法人臺灣雷特氏症病友關懷協會  
106 年度經濟扶助計劃-療育記錄表-療育費補助【表二】

姓名：\_\_\_\_\_ 編號：（此欄由本會填寫）

※ 療 育 費 補 助 ※						
次數	療育日期	療育單位	療育人員蓋章	療育項目	自費金額	申請金額
1	月 日					
2	月 日					
3	月 日					
4	月 日					
5	月 日					
6	月 日					
7	月 日					
8	月 日					
9	月 日					
10	月 日					
106 年____月至____月份申請金額總計						

\*受理單位簽核：\_\_\_\_\_ \*受理單位收件日：106 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

**※ 收 據 請 務 必 浮 貼 此 處 ※**

（掛號費、健保給付項目之基本部份負擔不予補助）

-----  
郵局或銀行存簿封面影本浮貼處

社團法人臺灣雷特氏症病友關懷協會  
106 年度經濟扶助計劃-療育記錄表-交通費補助【表三】

姓名：\_\_\_\_\_ 編號：(此欄由本會填寫)

※ 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：_____

核定金額(受理單位填寫)
106 年度核定：交通費：_____次 * 200 元 = _____ 元，
交通費共合計 _____ 元。
*受理單位簽核：_____
*受理單位收件日：106 年 _____ 月 _____ 日

郵局或銀行存簿封面影本浮貼處

社團法人臺灣雷特氏症病友關懷協會  
106 年度經濟扶助計劃-居服員服務記錄表【表四】

姓名：\_\_\_\_\_ 編號：（此欄由本會填寫）

次數	服務日期	服務時數	居服員簽名	自費金額	申請金額
1	月 日				
2	月 日				
3	月 日				
4	月 日				
5	月 日				
6	月 日				
7	月 日				
8	月 日				
9	月 日				
10	月 日				

\*受理單位簽核：\_\_\_\_\_ \*受理單位收件日：106 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

**※ 收 據 請 務 必 浮 貼 此 處 ※**

（檢附居服員收據及居服員申請通過之政府公文影本，政府補助部份不予補助）

-----  
郵局或銀行存簿封面影本浮貼處

社團法人臺灣雷特氏症病友關懷協會  
106 年度經濟扶助計劃-檢驗/檢查/藥品費用申請表【表五】

姓名：\_\_\_\_\_ 編號：（此欄由本會填寫）

\*受理單位簽核：\_\_\_\_\_ \*受理單位收件日：106 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

※ 收 據 請 務 必 浮 貼 此 處 ※

（檢附相關醫院檢驗單影本及醫院收據）

（並請開單醫師填寫申請表之醫囑單）

如同時申請檢驗費及藥品費，請分開申請及填寫。

醫囑單 自費檢驗自費檢查自費藥物 請開單醫師填寫

病友姓名：

醫師簽名：

中 華 民 國 一 〇 六 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申請人：

-----  
郵局或銀行存簿封面影本浮貼處

社團法人臺灣雷特氏症病友關懷協會  
106 年度經濟扶助計劃-輔具費用申請表【表六】

姓名：\_\_\_\_\_ 編號：（此欄由本會填寫）

輔具費用申請表格					
序號	輔具名稱	金額	自費金額	已申請補助金額 /單位名稱	申請金額
1					
2					
3					
4					
5					

\*受理單位簽核：\_\_\_\_\_ \*受理單位收件日：106 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**※ 收 據 請 務 必 浮 貼 此 處 ※**

（如為高額自費輔具，請提供發票影印本及評估影印本，以供申請及審核用）  
（請附上輔具評估證明影印本之證明文件，以供審核用）  
（檢附郵局帳戶影印本）

（表單可拷貝使用）

-----  
郵局或銀行存簿封面影本浮貼處