

**\_\_\_\_\_年花蓮縣發展遲緩兒童早期療育費用交通補助記錄表【表二】**

兒童姓名：

【~本表務必請療育人員核章，並蓋上療育單位戳記~】

_____年_____月		療育日期		療育日期	
療育次數_____次 _____元(單價)		療育項目： 療育單位： 療育人員蓋章：		療育項目： 療育單位： 療育人員蓋章：	
總計金額_____元					
療育日期		療育日期		療育日期	
療育項目： 療育單位： 療育人員蓋章：		療育項目： 療育單位： 療育人員蓋章：		療育項目： 療育單位： 療育人員蓋章：	
_____年_____月		療育日期		療育日期	
療育次數_____次 _____元(單價)		療育項目： 療育單位： 療育人員蓋章：		療育項目： 療育單位： 療育人員蓋章：	
總計金額_____元					
療育日期		療育日期		療育日期	
療育項目： 療育單位： 療育人員蓋章：		療育項目： 療育單位： 療育人員蓋章：		療育項目： 療育單位： 療育人員蓋章：	
_____年_____月		療育日期		療育日期	
療育次數_____次 _____元(單價)		療育項目： 療育單位： 療育人員蓋章：		療育項目： 療育單位： 療育人員蓋章：	
總計金額_____元					
療育日期		療育日期		療育日期	
療育項目： 療育單位： 療育人員蓋章：		療育項目： 療育單位： 療育人員蓋章：		療育項目： 療育單位： 療育人員蓋章：	
_____年_____月		療育日期		療育日期	
療育次數_____次 _____元(單價)		療育項目： 療育單位： 療育人員蓋章：		療育項目： 療育單位： 療育人員蓋章：	
總計金額_____元					
療育日期		療育日期		療育日期	
療育項目： 療育單位： 療育人員蓋章：		療育項目： 療育單位： 療育人員蓋章：		療育項目： 療育單位： 療育人員蓋章：	