

附表 1

000 年全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案申請表

院所申請類別：新增 變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基 本 資 料	院所名稱		院所代碼		
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號		
	本計畫負責醫師學經歷				
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話：		
	計畫聯絡人 e-mail				
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果		備 註
	醫師資格		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	專業治療人員資格		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	醫事機構空間及設施		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	臨床心理師或社工師聘任狀況		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
保 險 醫 事 服 務 機 構	機構章戳		保險人審核意見欄 日期章戳：	1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他  本欄由審查單位填寫	
	申請日期： 年 月 日				