附件

XX县残疾儿童康复救助申请审批表（样表）

（20 年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 民族 |  | 出生年月 | |  | |
| 身份证号 |  | | 残疾人证号（持证必填） | | |  | | | | |
| 残疾类别 | 视力□听力□肢体□智力□孤独症□（多重残疾可多选） | | | | | | | | | |
| 残疾等级 | 一级□二级□三级□四级□未定级□ | | | | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | 监护人姓名 | |  | | 联系电话 | |  |
| 家庭经济状况 | □城乡最低生活保障 □建档立卡贫困户  □儿童福利机构收留抚养 □残疾孤儿  □纳入特困人员供养 □其他经济困难家庭 | | | | | | | | | |
| 享受医疗  保险等情况 | □享受城乡居民基本医疗保险  □享受大病医保 □享受医疗救助 □享受政府相关部门康复服务项目  □无医疗保险 | | | | | | | | | |
| 康复需求  评估情况 | （附评估机构出具的“康复需求评估意见”） | | | | | | | | | |
| 残疾儿童  监护人申请  康复定点机构和救助内容 | 我的被监护人基本情况如上，希望在 获得以下残疾儿童康复救助：  □机构康复训练  □辅助器具适配  □手术  申请人：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 户籍所在地  （居住证发放地）县市区  残联审批意见 | 审批人：  公 章  年 月 日 | | | | | | | | | |

填表说明：1.此申请表由残疾儿童监护人填写，经县市区残联审批并留存。

2.“康复需求评估情况”栏依据评估机构出具的“康复需求评估意见”

填写。评估机构出具的“康复需求评估意见”须加盖评估机构公章。