

附件

残疾人精准康复服务补助申请审批表

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 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> (多重残疾可多选)						
残疾等级	一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 未定级 <input type="checkbox"/>						
家庭住址			监护人姓名		联系电话		
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 <input type="checkbox"/> 家庭经济困难						
康复需求项目	(附评估机构出具的“康复需求评估意见”)						
残疾人或监护人申请							申请人: 年 月 日
县(市、区)残联审批意见							审核人: 公 章 年 月 日

填表说明:

1. 此表由残疾人或其监护人(代理人)填写并向县(市、区)残联申请,由县(市、区)残联审批并留存。
2. “康复需求项目”栏可根据需求填写,或必要时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。