附件

残疾人精准康复服务补助申请审批表
( 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 | 视力口听力□肢体□智力□精神□其他□(多重残疾可多选） |
| 残疾等级 | 一级□二级□三级□四级□未定级口 |
| 家庭住址 |  | 监护人姓名 | 联系电话 |  |
| 家庭经济 状 况 | □家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 □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。