残疾人精准康复服务补助申请审批表

（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□精神□（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 | □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 □其他 | 户口类别 | □农业户□非农业户 |
| 享受医疗保险情况 | □享受城镇职工基本医疗保险□享受城乡居民基本医疗保险□享受医疗救助 □享受其他保险□无医疗保险 |
| 康复需求项目 |  |
| 残疾人或监护人申请 | 本人（或我的被监护人）基本情况如上，希望获得残疾人精准康复服务 项目。申请人： 年 月 日 |
| 乡镇（街道）残联意见 | 审核人：公 章年 月 日 |
| 县（市、区）残联审批意见 | 根据康复需求评估得到 项目实施，康复专项补贴： 元。审核人：公 章年 月 日 |