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 | | | | | | | | |