**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 | 视力口听力口肢体口智力口精神口其他口（多重残疾可多选） |
| 残疾等级 | 一级口二级口三级口四级口未定级口 |
| 家庭住址 |  | 监护人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 家庭经济状况 | 口家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线口家庭经济困难 |
| 康复需求项目 | （附评估机构出具“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填写，经社区康复协调员逐级审核上报至县（市、区）残联，由县（市、区）审批并留存。

2、“康复需求项目”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。