**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。