**廉江市残疾儿童异地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　　　 |
| 康复机构所在地残联审核意见 | 　　　　　　　　　　　　　同意转介到本地康复机构接受康复服务，其属于全日制康复（或非全日制）。 审核人：　　　 公章年 月 日　　　　　　　　　　 | 廉江市残联审批意见 | 审批人：　　　 公章　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日 |

填表说明：

1. 此表由残疾人或其监护人填写，经康复机构所在地残联审核同意，由廉江市残联审批。
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。

3、此表一式三份，康复机构一份，康复机构所在残联及廉江市残联各存一份。