成都市残疾儿童康复救助申请审批表

儿童姓名：_____；　性别：☐男　☐女 ；年龄：_____

残疾人证号（身份证号）：_____

家庭住址：_____

家庭经济状况：☐低保家庭　☐脱贫户　☐其他

医疗保险情况：☐享受城乡基本医疗保险　☐享受医疗救助

☐享受其他医疗保险　☐无医疗保险

残疾类别：☐视力 ☐听力 ☐言语 ☐肢体（脑瘫） ☐智力 ☐孤独症 ☐其他

申请救助内容：☐康复训练　☐手术　☐辅具适配　☐送训补贴

申请救助金额：小写：_____　大写：_____

诊断评估结果：☐康复训练　☐手术　☐辅具适配

诊断评估机构：_____

监护人（或监护机构）：_____联系电话：_____

监护人身份证号码：_____

家庭住址：_____

选定康复机构：_____　；监护人签字：

本人承诺所提供的材料完整、真实、有效　（或监护机构负责人签字 公章）

乡（镇、街道）残联审核意见：	区（市）县残联审批意见：
（公章） _____年____月____	（公章） _____年__月___日