附件1

残疾儿童康复救助申请审核表

省（自治区、直辖市） 市（地） 县（市、区）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请** | | | | | | | |
| 残疾儿童姓名 | |  | 身份证号 | |  | | 照片 |
| 性别 | |  | 民族 | |  | |
| 出生日期 | |  | 残疾人证号 | |  | |
| 申请人或机构名 | |  | 身份证号或机构代码 | |  | |
| 监护人姓名 | |  | 监护人与残疾人关系 | |  | |
| 监护人身份证号 | |  | 监护人手机或固话 | |  | |
| 申请救助残疾类别 | |  | 申请地 | |  | |
| 儿童户籍所在地 | |  | | | | | |
| 儿童户籍地址 | |  | | | | | |
| 儿童居住所在地 | |  | | | | | |
| 儿童居住地址 | |  | | | | | |
| **审核** | | | | | | | |
| 证明材料（详见附件） | | □户籍证明 □居住证明 □诊断或评估证明 | | | | | |
| 序号 | 康复项目 | 康复内容 | | 康复机构 | 地区 | 实际救助金额（元） | |
| 1 |  |  | |  |  |  | |
| 2 |  |  | |  |  |  | |
| 3 |  |  | |  |  |  | |
| 4 |  |  | |  |  |  | |
| 审核人 | |  | | 审核时间 |  | | |
| 残联审核意见 | | （残联签章处） | | | | | |