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） |