附件3

**上海市阳光宝宝卡康复训练补贴申请审批表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请对象姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | 宝宝卡类别 |  |
| 户籍地址 |  |
| 监护人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 与申请对象关系 |  |
| 申请对象银行卡信息（卡号、开户行） |  |
| **提交补贴信息（可加行）** |
| 训练机构名称（请填写统一社会信用代码证上的名称） | 机构统一社会信用代码 | 提交补贴凭证（单位：元）（自付部分发票原件附后） |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合计 |  |
| （本人了解上海市“阳光宝宝卡”康复训练补贴申请政策，表格中所填写的全部内容及所提供的全部材料均真实、有效，无虚假欺骗和隐瞒，如存在不实之处，愿停止申请“阳光宝宝卡”康复训练补贴，并承担相应法律责任。） 申请对象监护人（申请人）签名： 年 月 日 |
| 受理情况 | 受理街道（乡镇）社区事务受理中心:  经办人： 受理日期： 年 月 日 |
| 户籍地街道（乡镇）残联意见 |  （盖章） 经办人： 年 月 日 |
| 户籍地区残联审批意见 | □审核通过。经审核，同意补贴康复训练经费 元（大写： 元）□审核不通过。理由： （可另附页）。 （盖章）  经办人： 审批人： 年 月 日 |

注：1.本表一式二份，由区残联、街道（乡镇）残联各留存一份。

2.本表后附有效票据原件及申请对象康复训练记录复印件（视力类阳光宝宝卡提交申请时，以新结算年度为单位，另须提供《上海市阳光宝宝卡康复需求评估表》原件）。

3.机构信息可于“https://www.cods.org.cn/”网站查询；外省市康复机构信息可于“https://www.cdpf.org.cn/”中国残联网站查询。