龙山县残疾儿童康复救助申请审批表

（20 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□听力□肢体□智力□孤独症□（多重残疾可多选） |
| 残疾等级 | 一级□二级□三级□四级□未定级□ |
| 家庭住址 |   |
| 监护人姓名 |   | 联系电话 |   |
| 家庭经济状况 | □城乡最低生活保障  □建档立卡贫困户□儿童福利机构收留抚养   □残疾孤儿□纳入特困人员供养 □其他经济困难家庭 |
| 享受医疗保险等情况 | □享受城乡居民基本医疗保险 □享受大病医保□享受医疗救助 □享受政府相关部门康复服务项目 □无医疗保险 |
| 康复需求评估情况 |    （附评估机构出具的“康复需求评估意见”） |
| 残疾儿童监护人申请康复定点机构和救助内容 |  我的被监护人基本情况如上，希望在 获得以下残疾儿童康复救助：□机构康复训练□辅助器具适配□手术申请人：年 月 日 |
| 县残联审批意见 |   审批人：公 章年 月 日 |

**填表说明：** 1. 此申请表由残疾儿童监护人填写，经龙山县残联审批并留存。

2. “康复需求评估情况”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。