附件

海沧区残疾儿童康复护理补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 性别 | | □男  □女 | 出生年月 | | | 年 月 日 | |
| 家庭  地址 |  | | | | | | | 户口类别 | | | □农业户  □非农业户 | |
| 家长  姓名 |  | | | | | 与残疾儿童关系 | |  | | 联系电话 | 宅电  手机 | |
| 残疾类别 | | |  | | | 残疾程度 | |  | | 致残原因 |  | |
| 既往医疗  康复情况 | | | | □药物治疗 □手术 □康复治疗 □传统方法  □上学 □上幼儿园 其他 | | | | | | | | |
| 康复训练  起止时间 | | | | 年 月 日— 年 月 日 | | | | | | | | |
| 家庭经济状况 | | | | □    家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线  □    农村领取社会补济金  □     家庭经济困难 | | | | | | | | |
| 康复训练场所 | | | | □机构名称 联系电话  □社区和家庭 | | | | | | | | |
| 银行  账号 | |  | | | | | | | 持卡人签名 | | |  |
| 村（居）委会意见    （公 章）  年 月 日 | | | | | | | | 镇（街）意见  （公 章）  年 月 日 | | | | |
| 海沧区残疾人联合会意见  （公 章）  年 月 日 | | | | | | | | 区残疾儿童康复工作协调领导小组审批意见    （公 章）  年 月 日 | | | | |