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 |