附件2

伊金霍洛旗残疾儿童康复救助申请审批表

**（ 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□言语☑肢体□智力□精神□（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 | □家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线□家庭经济困难 | 户口类别 | □农业户□非农业户 |
| 享受医疗保险情况 | □享受城镇职工基本医疗保险□享受城乡居民基本医疗保险□享受医疗救助□享受其他保险□无医疗保险 |
| 康复需求项目 | （附评估机构出具的“康复需求评估意见”） |
| 监护人申请 | 申请人：年 月 日 |
| 嘎查村（社区）委会意见 | 审核人：（公章）年 月 日 |
| 苏木乡镇（街道）政府意见 | 审核人：（公章）年 月 日 |
| 旗（区）残联审批意见 | 审核人：公章年 月 日 |

**填表说明：**1.此表由其监护人填写，经社区康复协调员逐级审核上报至旗残联，由旗审批并留存。2.“康复需求项目”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。