蚌埠市残疾儿童康复救助项目申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性 别 | | □男 □女 | | 二寸  免冠照片 |
| 民 族 | □汉 族 ☑少数民族 | | | | |
| 儿童身份证号 |  | | | | |
| 家长姓名 |  | | 与儿童关系 | |  |
| 残疾类别 | 听力□ 肢体□ 智力□ 孤独症□ | | | | | |
| 联系方式 | 宅电/手机： | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 享受医疗  保险情况 | □享受城乡居民医疗保险 □享受医疗救助 □享受其他保险 | | | | | |
| 申请的定点  康复机构名称 |  | | | | | |
| 监护人申请 | 申请人：  年 月 日 | | | | | |
| 乡镇（街道）  残联意见 | 审核人：  公 章  年 月 日 | | | | | |
| 县（区）残联  审批意见 | 审核人：  公 章  年 月 日 | | | | | |

注：此表县区（乡、镇、街）存档。