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。