附件4

**福建省残疾人辅助器具适配补贴资金发放名单汇总表**

（ 年度）

 市 县（市、区） 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号** | **详细住址** | **残疾类型** | **联系人** | **联系电话** | **发放金额** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：本表由县（市、区）残联、财政填写，设区市残联、财政审核后，于每年3月1日前报送省残联、省财政厅。

县（市、区）残联（签字、盖章）： 设区市残联（签字、盖章）：

县（市、区）财政部门（签字、盖章）： 设区市财政部门（签字、盖章）：