附件3

湖北省残疾儿童康复救助项目申请审批表（样表）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性别 |  | 儿童户籍所在地 |  县/市/区 |
| 儿童身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 残疾人证号 | （已办证的必填） |
| 监护人姓名 |  | 联系电话 |  | 与儿童关系 |  |
| 诊断结果 |  | 诊断机构名称 |  |
| 是否伴有其他残疾 | □否 □是 （请填写其他残疾类别） |
| 申请救助项目 | □手术项目 手术名称 □机构康复训练项目 勾选类别 （听障/脑瘫/孤独症/智障）□辅助器具适配项目 辅具名称  | 救助年度 |  年 |
| 家庭经济状况 | □城乡最低生活保障家庭 □建档立卡贫困户家庭 □散居残疾孤儿□儿童福利机构收留抚养的残疾儿童 □纳入特困供养范围□非上述五类 |
| 补贴经费结算方式 | □家长垫付，残联报销 □残联与定点机构结算□其他  | 补贴标准 |  元 |
| 监护人申请 | 申请人： 年 月 日 |
| 县级残联 | 审批意见（公章）：审 核 人： 年 月 日 |
| 定点机构 | 手术定点机构名称： 接收意见（公章）： 年 月 日  |
| 康复训练定点机构名称： 接收意见（公章）： 年 月 日  |
| 辅具适配定点机构名称： 接收意见（公章）： 年 月 日  |

备注：请据实、完整填写，县级残联、申请人、定点机构各执一份。