附件4

**海城市残疾儿童康复救助申请审批表**

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 儿童身份证号 |  | 残疾类别 |  |
| 监护人姓名 |  | 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | 邮政编码 |  |
| 家庭经济状况 | □城乡最低生活保障对象□建档立卡贫困户□残疾孤儿、纳入特困人员供养范围的残疾儿童□其他家庭经济困难 | 户口类别 | □农业户□非农业户 |
| 享受医疗保险情况 | □享受居民医疗保险 □享受农村合作医疗□享受医疗救助 □享受其他保险□无医疗保险 |
| 申请救助项目 |  | 康复训练机构名称 |  |
| 监护人申请 | 申请人（签字）： 年 月 日 |
| 乡镇（街道）审批意见 | 审核人（签字）：公章 年 月 日 |
| 户口所在地区残联审批意见 | 审核人（签字）：公章 年 月 日 |

填表说明：此表由申请人（监护人）填写。一式一份，由户口所在地区残联留存。