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。