附件5

编号

海城市残疾儿童康复（医疗）救助通知单

 机构（医院）：

受助人 （身份证： ）为 县（市/区/开发地区）居民，残疾类别 ，救助项目 。经审核，该受助人符合救助政策，请按照有关规定，予以康复（医疗）救助。

康复（医疗）救助从 年 月 日起开始实施。

 年 月 日

---------------------接--缝--处--加--盖--公--章---------------------

编号

海城市残疾儿童康复（医疗）救助通知单

 机构（医院）：

受助人 （身份证： ）为 县（市/区/开发地区）居民，残疾类别 ，救助项目 。经审核，该受助人符合救助政策，请按照有关规定，予以康复（医疗）救助。

康复（医疗）救助从 年 月 日起开始实施。

 残联/社会事业局（盖章）

 年 月 日