附件1

晋江市0-17岁残疾儿童康复训练补助审批表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 粘贴两寸近期彩照 |
| 残疾类别（诊断类别） |  | 诊断医院 |  |
| 身份证号 |  | 康复机构 |  |
| 户籍住址 |  |
| 居住住址 |  |
| 家庭经济情况 | □城乡低保 □残疾孤儿 □其他 |
| 监护人基本情况 | 姓 名 |  | 联系电话 |  |
| 与儿童关系 |  | 身份证号码 |  |
| 康复起止时间 | 年 月 日 — 年 月 日 | 补助金额（元） |  |
| 声明 | 本人对此次申请提交的相关资料、发票、清单等材料真实有效，以上申请内容确认无误。 签名（手印）： 年 月 日 |
| 审批意见 | 市残联审批意见：审批人： 经办人： 年 月 日 |

注：本表及附件均一式一份。附件：监护人身份证复印件；持居住证申请的还需居住证复印件；机构康复协议（协议内容、康复起止时间、落款等不得留空白）；6-17岁还需缓学、休学证明或校外康复申请表。