脑瘫儿童康复救助项目审批表

（ 年度） **项目级别：□国家 □省级 □市级**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生  年月 | |  | 1吋  免冠照片 | |
| 儿童身份证号 |  | | | 残疾证号 | |  | | |
| 监护人姓名 |  | 工作单位 | |  | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | 联系电话 | |  | |
| 申请的定点  康复机构名称 |  | | | | | | | | | |
| 脑瘫类型 | □痉挛型 □手足徐动型 □共济失调 □弛缓型 □混合型 | | | | | | | | | |
| 是否伴有  其他残疾 | □视力 □智力 □听力 □言语 □精神 | | | | | | | | | |
| 家庭  经济状况 | □家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线  □当地政府有关部门认定的低收入家庭  贫困家庭：□双胞胎患儿 □一户多残 □单亲家庭  □无业职工家庭  □其他困难（说明：） | | | | | | | | 户口类别 | □农业  □非农业 |
| 享受医疗  保险情况 | □享受城镇居民基本医疗 □享受新型农村合作医疗  □享受医疗救助 □享受其他保险 □无医疗保险 | | | | | | | | | |
| 监护人申请 | 申请人：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 镇（街道）  残联意见 | 审核人：  公章  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 区市（开发区）残联  审批意见 | 公章  年 月 日 | | | | | | | | | |

注：受助儿童监护人提出申请时需填写此表一式两份，后附诊断证明、残疾人证、监护人身份证复印件，区市（开发区）残联和定点机构各留存一份。