附件 3

# 残疾人精准康复服务申请审批表

（ 年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 | |  | 出生年月 | |  |
| 身份证号 |  | | 残疾人证号  （持证必填） | | |  | | | |
| 残疾类别 | 视力□ 听力□ 肢体□ 智力□ 精神□（多重残疾可多选） | | | | | | | | |
| 残疾等级 | 一级□ 二级□ 三级□ 四级□ 未定级□ | | | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | 监 监护人姓名 | |  | | 联系电话 | |  |
| 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  □家庭经济困难 | | | | | | 户口类别 | □农业户  □非农业户户 | |
| 享受医疗保险情况 | □享受城镇职工基本医疗保险 □享受城乡居民基本医疗保险  □享受医疗救助 □享受其他保险 □无医疗保险 | | | | | | | | |
| 康复需求项目 | （附评估机构出具的“康复需求评估意见”） | | | | | | | | |
| 残疾人或  监护人申请 | 申请人：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 社区(村)委会  意 见 | 审核人：  公 章  年 月 日 | | | | | | | | |
| 乡镇(街道)  政府意见 | 审核人：  公 章  年 月 日 | | | | | | | | |
| 县残联审批  意 见 | 审核人：  公 章  年 月 日 | | | | | | | | |

**填表说明：**

1．此表由残疾人或其监护人填写，经社区康复协调员逐级审核上报至县残联，由县审批并留存。2．“康复需求项目”栏依据评估机构出具的“康复需求评估意见”填写。

评估机构出具的“康复需求评估意见”须加盖评估机构公章。