附件 4

# 残疾人精准康复服务卡

正面：

残疾人精准康复服务卡

姓名：

身份证号或残疾人证号：

 背面：

|  |
| --- |
| 康复服务项目：定点康复机构：  补贴方式：免费□ 定额补助□ 其他□ \*\*县残疾人联合会（盖章） |