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） |