附件1

残疾儿童辅助器具适配项目补贴申请审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性别 | 男□ 女□ | 民族 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 监护人姓名 |  | 工作单位 |  |
| 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 | □农业户口 □非农业户口 |
| 残疾状况 | □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □截肢 □其它 |
| 辅助器具需求情况 | 序号 | 产品名称及数量 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 监护人银行卡信息 | 户 名：账 号：开户行： |
| 监护人申请 |  |
| 县（市、区）残联复筛意见 |  |

填表单位（公章）： 填表人： 填表日期：

**说明：此表用于儿童假肢矫形器及辅助器具适配项目，由儿童监护人填写，县（市、区）残联审核并存档备查，用√在□符合项中标出。**