附件1：

残疾人辅助器具康复救助项目申请审批表

填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受助人姓名 |   | 性别 | 男□女□ | 民族 |   |
| 残疾证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 家庭住址 |   | 联系电话 |   |
| 监护人姓名 |   | 家庭住址 |   |
| 残疾状况 | □视力   □听力   □肢体    □智力   □精神 |
| 辅助器具需求情况 | 序号 | 辅助器具名称 | 数量 |
|   |   |  |
|   |   |  |
|   |   |  |
| 村(社区)意见 |   （签章）  年 月 日 |
| 乡镇残联意见 |   （签章）  年 月 日  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

注：1.此表由受助人准确填写；

2.此表由乡镇残联留存备查。