

江门市 0-6 岁残疾儿童康复资助申请表

填报日期：

姓名		性别		出生年月		贴照片处
残疾类别		残疾等级		残疾证或 身份证号码		
监护人姓名				监护人电话		
户籍地址				家庭电话		
居住地地址				居住证号码		
家庭主 要成员 情况	姓名	年龄	关系	工作单位		
经济 情况	<input type="radio"/> 城乡最低生活保障家庭（低保证号：） <input type="radio"/> 建档立卡贫困户（低收入对象户） <input type="radio"/> 孤儿或纳入特困供养范围对象 <input type="radio"/> 其他					
申请救助 项目				康复服务 实施机构		
市（区）残联 审批意见	同意救助项目： 补助资金金额： <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">年 月 日（盖章）</div>					

有关说明：

1. 未持残疾人证的申请人应出具具备医疗诊断资质专业机构（医院）的病历或诊断结果。
2. 非本市户籍的申请人应出具居住地公安部门出具的居住证。
3. 此表一式两份（一份市、区残联存，一份存所在社区康复服务档案）。