

广州市残疾人康复资助代位结算明细表（辅助器具适配类）

定点康复机构（盖章）：

本次结算金额合计（元）：

审核编码	姓名	身份证号	残疾类别	残疾等级	户籍所属区划	申请资助项目	审核日期	同意资助总额(元)	本次申请结算金额(元)

制表人：

制表日期：