

广州市残疾人康复资助申请表

(本市户籍申请对象使用)

户籍地: _____ 区 _____ 街(镇) 资助年度: _____ 年度

姓名		出生 年月		个人相片 (必贴)
身份证号				
残疾人证号 (持证必填)				
残疾类别	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 精神 (多重残疾可多选)			
残疾等级	<input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级			
户籍地所属区划		户籍地址		
申请类型	<p>医疗机构康复类</p> <p>住院类项目: <input type="checkbox"/>0-6岁肢体畸形矫治术 <input type="checkbox"/>1-6岁人工耳蜗植入手术</p> <p>门诊类项目: <input type="checkbox"/>精神残疾人专科治疗 <input type="checkbox"/>0-14岁听力语言残疾儿童康复训练</p> <p><input type="checkbox"/>0-14岁低视力残疾儿童康复训练 <input type="checkbox"/>0-17岁智力残疾儿童康复训练</p> <p><input type="checkbox"/>0-17岁孤独症谱系障碍儿童康复训练 <input type="checkbox"/>肢体残疾康复训练</p> <p><input type="checkbox"/>居家康复服务</p> <p>机构康复训练类</p> <p><input type="checkbox"/>0-14岁听力语言残疾儿童康复训练 <input type="checkbox"/>0-14岁智力残疾儿童康复训练</p> <p><input type="checkbox"/>0-14岁孤独症谱系障碍儿童康复训练</p> <p>残疾人基本型辅助器具适配资助类</p> <p><input type="checkbox"/>听力残疾人配置助听器: <input type="checkbox"/>左 <input type="checkbox"/>右</p> <p><input type="checkbox"/>肢体残疾人装配大腿假肢: <input type="checkbox"/>左 <input type="checkbox"/>右</p> <p><input type="checkbox"/>肢体残疾人装配小腿假肢: <input type="checkbox"/>左 <input type="checkbox"/>右</p> <p><input type="checkbox"/>肢体残疾人装配矫形器: <input type="checkbox"/>左 <input type="checkbox"/>右 矫形器类别: _____</p> <p><input type="checkbox"/>其他残疾人辅助器具配置: 辅助器具_____</p> <p>本次辅助器具适配服务补贴方式: <input type="checkbox"/>第一件: 政府全额补贴 <input type="checkbox"/>第二件: 政府补贴60%</p> <p>残疾评定资助类 <input type="checkbox"/>残疾人首次办理《残疾人证》残疾程度评定和必要检查费用资助</p>			
康复机构名称				
申请资助时长 (有月份要求的填写)	_____个月	申请资助总额	_____元	
开户银行	<input type="checkbox"/> 工商银行 <input type="checkbox"/> 农业银行 <input type="checkbox"/> 中国银行 <input type="checkbox"/> 建设银行 <input type="checkbox"/> 邮储银行 <input type="checkbox"/> 广发银行 <input type="checkbox"/> 交通银行 <input type="checkbox"/> 农信社(农商银行) <input type="checkbox"/> 其他_____			
开户人姓名		银行账号		
与申请人关系	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父子/父女 <input type="checkbox"/> 母子/母女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> (外) 祖孙 <input type="checkbox"/> 其他_____			
联系人手机号码		联系人身份证号码		

<p>代位支付申请</p>	<p>本人委托本人户籍地_____区残疾人联合会办理本人的康复资助补贴结算手续并代位本人向服务机构支付本人应向该机构支付康复服务费用。委托期限自签订本委托书之日起至本资助年度止。</p> <p style="text-align: right;">委托人（本人或其代理人）： 日期：</p>
<p>申请人信用承诺</p>	<p>为履行诚实信用责任，依据《广州市残疾人康复经费管理办法》的要求，本人自愿作出如下郑重承诺：</p> <p>一、承诺提交的广州市残疾人康复资助申请材料和结算凭证均为真实资料，愿意对所提交资料的真实性负责。</p> <p>二、承诺按照广州市残疾人康复资助有关政策要求，规范、真实填写康复服务记录、服务评价、服务档案以及辅助器具签收等材料，自觉接受有关部门对所接受服务的真实性、规范性核查。</p> <p>三、承诺如有违反广州市残疾人康复资助有关政策要求的行为，愿意按照相关政策接受相应处理。</p> <p>承诺人（本人或其代理人）：_____与康复资助申请人关系：_____ 承诺日期： 年 月 日</p>
<p>街(镇) 残联 初审意见</p>	<p style="text-align: right;">审核人： 日期：</p>
<p>第三方机构 办理意见</p>	<p style="text-align: right;">办理人： 时间：年 月 日</p>
<p>区残联 审核意见</p>	<p>综合意见：</p> <p>同意资助项目：_____服务机构：_____</p> <p>同意资助时间_____个月同意资助总额（元）：_____</p> <p>是否同意代位支付：<input type="checkbox"/>同意 <input type="checkbox"/>不同意</p> <p style="text-align: right;">审核人： 日期：</p>