**浙江省残疾儿童康复服务申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | □男□女 | 出生年月 |  | 民族 |  |
| 身份证号 |  | 残疾证号 |  |
| 监护人姓名 |  | 与被监护人关系 |  |
| 监护人身份证号码 |  | 工作单位 |  |
| 家庭住址 |  | 邮政编码 |  |
| 监护人住址 | □同家庭地址 □其他： |
| 监护人联系方式 | 手机： 座机： |
| 家庭经济状 况 | □享受当地城乡居民最低生活保障□低保边缘 □其他□孤残儿童 | 户口 | □农业户□非农业户 |
| 享受医疗保险、救助情况 | □享受城镇居民基本医疗保险 □享受新型农村合作医疗□享受医疗救助 □享受其他保险□无医疗保险 □无医疗救助 |
| 需要康复的类别和程度 | □视力残疾： 残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级 □听力残疾： 残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级□言语残疾： 残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级□肢体残疾： 残疾部位：○左小腿 ○右小腿 ○左大腿 ○右大腿 ○左上臂 ○右上臂 ○左前臂 ○右前臂 ○其他 残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级□智力残疾： 残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级□精神残疾： 残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级□多重残疾： □视力 □听力 □言语 □肢体 □智力 □精神 残疾程度： ○一级 ○二级 ○三级 ○四级□主要诊断： 　　　 　 　开具时间： 年 月 日□医疗康复机构名称： 　 　　 　 起始时间： 年 月 日 |
| 监护人申 请 | 我的被监护人 基本情况如上。希望享受浙江省残疾儿童康复服务，具体请求享受康复服务的内容如下： □视力康复训练□听力康复训练 □言语康复训练 □肢体残疾（含脑瘫）康复训练□孤独症康复训练 □智力残疾康复训练 □辅助器具适配□人工耳蜗手术 □自费安装人工耳蜗补贴 □人工耳蜗处理器升级补贴□肢体矫治手术□困难家庭残疾儿童康复生活补贴□其他（请注明）： 监护人签字 年 月 日 |
| （以上各栏由申请人填写。遇“□”和“○”时，请在选择项打“√”） |
| 县（市、区）残联或民政部门审核意见 | （盖章） 年 月 日 |
| 人工耳蜗项目审核意见 | （**此栏仅为人工耳蜗项目填写，其它项目不填写**）（盖章）年 月 日 |
| 残疾儿童及监护人身份证（或户口本）、经济证明，残疾评定信息、残疾儿童残疾人证或医学诊断证明书粘贴处（可附页） |  |