金寨县辅助器具申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | | | | | 性别 | | | | □男　　　□女 | | | | | | | | | |
| 出生日期 |  | | | | | 民族 | | | | □汉族　　□少数民族 | | | | | | | | | |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 联系方式 | 宅电 | | | | | | | | 手机 | | | | | | | | | | |
| 家庭通讯地址 |  | | | | | | | | | | | | 邮编 | |  | | | | |
| 残疾类别 | □视力残疾：○盲　○低视力  □听力残疾：□言语残疾　□智力残疾　□精神残疾  □肢体残疾：○偏瘫　○截瘫　○脑瘫　○截肢　○儿麻　□多重残疾 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 辅助器具需求 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭经济状况 | □家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线  □当地政府有关部门认定的低收入或贫困家庭 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 享受医疗保险  情况 | □家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线  □享受医疗救助　□享受其它医疗保险　□无医疗保险 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人申请 | 申请人：  　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居（村）委会  意　见 | 审核人：  公　章  　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县残联审批  意　见 | 审核人：  公　章  　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

说明：1、此表由县残联留存。2、用√在□或○符合项中标出。