残疾儿童辅助器具适配项目申请审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |   | 性别 | 男□ 女□ | 民族 |   |
| 身份证号 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 家庭住址 |   | 联系电话 |   |
| 监护人姓名 |   | 工作单位 |   |
| 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□家庭经济困难 | 户口类别 | □农业户口  □非农业户口 |
| 残疾状况 | □偏瘫   □截瘫    □脑瘫   □截肢   □其它 |
| 辅助器具需求情况 | 序号 | 产品名称及数量 |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
| 监护人申请 |                                                 申请人：                                                 年       月      日                            |
| 县（市、区）残联复筛意见 |   |

说明：此表由市残联技术组指导救助儿童监护人填写，县（市、区）残联审核并存档备查，用√在□符合项中标出。