附件1

残疾人自助互助康复服务申请审批表

（ 年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 残疾人证号 | |  | | | | | |
| 残疾类别 | | 视力□ 肢体□ 智力□ 精神□ （多重可多选） | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | 监护人 |  | 联系电话 |  |
| 康复需求 | | 中途失明自助互助康复服务□ 脊髓损伤自助互助康复服务□  智力障碍自助互助康复服务□ 精神障碍自助互助康复服务□ | | | | | |
| 申请人或监护人 | | 申请人：  年 月 日 | | | | | |
| 服务基地意见 | | 年 月 日 | | | | | |
| 市残联意见 | | 年 月 日 | | | | | |

备注：申请人需提供残疾人证复印件