**附 件4**

**孤独症儿童康复救助申请表**

**（ 年度）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性别 |  | | 民族 |  | 出生  年月 | |  | | 一寸  免冠照片 |
| 儿 童  身份证号 |  | | | | | | 评估机构 | |  | |
| 监护人姓名 |  | 与儿童关系 | |  | | | 联系电话 | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | | | |
| 残疾类别 | □视力 □ 听力 □肢体 □言语 □精神（多重残疾可多选） | | | | | | | | | | |
| 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  □建档立卡贫困户家庭 □家庭经济困难 | | | | | | | 户口类别 | | □农业户  □非农业户 | |
| 享受医疗  保险情况 | □享受城镇居民基本医疗 □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 | | | | | | | | | | |
| 康复  需求项目 | （附评估机构出具的“康复需求评估意见”） | | | | | | | | | | |
| 申请的定点康复机构  名 称 |  | | | | | | | | | | |
| 监护人申请 | 申请人：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 区、县  （市）残联  意 见 | 审核人：    公 章  年 月 日 | | | | | | | | | | |

**填表说明：**1.此表由残疾儿童的法定监护人填写，一式三份，一份存入定点康复机构受助儿童档案，一份区、县（市）残联留存备查，一份由区、县（市）残联报市残联备案。2.“康复需求项目”栏依据评估机构出具的“康复需求意见”填写。评估机构出具的“康复需求评估意见”须加盖评估机构公章。