附件1

**浙江省残疾儿童康复服务申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | □男□女 | | | 出生  时间 |  | | 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 |  | | | | | | | | | |
| 户籍或居住证所在地址 |  | | | | | | | 邮政  编码 |  | |
| 监护人住址 | □同前地址 □其他： | | | | | | | | | |
| 监护人  联系方式 | 手机： 座机： | | | | | | | | | |
| 家庭经济状况 | □低保 □低保边缘 □其他  □孤残儿童 | | | | | | | | | |
| 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  □孤独症 | | | | | | | | | |
| 监护人  申 请 | 我的被监护人 基本情况如上。申请浙江省残疾儿童康复服务，具体内容如下：  □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（或户口簿）、残疾评定材料、残疾人证或医学诊断证明书等粘贴处（可附页） |  | | | | | | | | | |

说明：此表填写后由残联等部门存档备查

附件2

**浙江省残疾儿童康复服务登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | □男□女 | | | 出生时间 |  | | 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 |  | | | | | | | | | | |
| 户籍或  居住证地址 |  | | | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 监护人住址 | □同前地址 □其他： | | | | | | | | | | |
| 监护人  联系方式 | 手机： 座机： | | | | | | | | | | |
| 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  □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  □肢体残疾：○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  □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  □孤独症  □无残疾证，主要诊断： 康复类别： | | | | | | | | | | |
| 康复需求  适应指征  筛查情况  及康复服  务结果、  费用记录  （相关工作人员填写此栏。遇“□”时，请在选择项打“√”） | 1．**康复训练**：  □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  经费补贴：￥ 元  康复训练时间： 年 月 日—— 年 月 日  康复训练机构： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 康复需求  适应指征  筛查情况  及康复服  务结果、费用记录（相关工作人员填写此栏。遇“□”时，请在选择项打“√”） | 2．**辅助器具适配**：□  辅助器具名称：  补贴费用：￥ 元（实物补贴不填写）  适配服务机构： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 3．**人工耳蜗手术**：  申报实物项目补贴： □  自行自费安装补贴： □，手术时间 年 月 日  体外处理器升级补贴：□，手术时间 年 月 日  医疗或服务机构： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 4．**肢体残疾矫治手术**：□  手术时间（可补填）： 年 月 日  手术机构：  医疗康复机构： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| **5．困难家庭残疾儿童康复生活补贴：**□  经费补贴：￥ 元  康复训练时间： 年 月 日—— 年 月 日  发放部门： （盖章） | | | | | | | | | | |

说明：此表填写一式贰份。一份作为各类定点康复服务机构建立康复档案台账与经费结算用；一份由残联等部门存档备查