附件 2

山西省残疾人精准康复
服务补助申请审批和服务记录表

（　　年度）

<table>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>民族</td><td></td><td>出生年月</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">残疾人证号
（持证必填）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>残疾类别</td><td colspan="7">视力□　听力□　肢体□　智力□　精神□（多重残疾可多选）</td></tr>
<tr><td>残疾等级</td><td colspan="3">一级□　二级□　三级□　四级□
未定级□</td><td colspan="2">家庭医生签约服务</td><td colspan="2">是□　否□</td></tr>
<tr><td>家庭住址</td><td colspan="2"></td><td>监护人姓名</td><td></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>家庭经济状况</td><td colspan="4">□享受城乡居民最低生活保障
□易返贫致贫户</td><td>户口类别</td><td colspan="2">□农业户
□非农业户</td></tr>
<tr><td>享受医疗
保险情况</td><td colspan="7">□享受城镇职工基本医疗保险　□享受城乡居民基本医疗保险
□享受医疗救助　□享受其他保险　□无医疗保险</td></tr>
<tr><td>康复需求项目</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>残疾人或
监护人申请</td><td colspan="7">本人申请获得山西省残疾人精准康复服务_____项目的服务。
申请人（或监护人）：　　年　月　日</td></tr>
<tr><td>乡镇（街道）
审核意见</td><td colspan="7">审核人：　　公　章
年　月　日</td></tr>
<tr><td>县（市、区）
残联审批意见</td><td colspan="7">审核人：　　公　章
年　月　日</td></tr>
<tr><td>服务机构提供
服务记录</td><td colspan="7">根据康复需求评估得到_____项目服务，服务效果评估为_____，康复专项补贴资金为_____元。
申请人（或监护人）：　　服务机构（公章）
年　月　日</td></tr>
</table>

填表说明：

此表由残疾人或其监护人填写，乡镇（街道）审核后，报县残联审批。服务机构提供服务项目后县残联留。