附件7

残疾儿童精准康复服务卡

正面：

残疾儿童精准康复服务卡

（定点康复机构留存）

 （定点康复机构名称）：

经审核， （男/女）， 年 月 日出生，身份证号码： ，监护人姓名： （父/母/其他 ），联系电话： ，户籍地址： ，符合《 残疾儿童康复救助实施方案》中 类 救助条件，现根据其监护人申请意见，同意转入你机构进行康复，其康复补助标准为 元/年。

此卡至 年 月 日有效。

残疾儿童监护人签字：

经办人签字：

 残联（盖章）

年 月 日

背面：

备注：1.残疾儿童监护人或委托人须于开具此服务卡后的15个工作日内持此卡到所转介的定点康复机构进行建档，确定康复服务启动时间；

2.残疾儿童监护人或委托人还需携带儿童残疾人证（没有残疾人证的儿童需携带医学诊断）、监护人或委托人身份证及户口簿。