附件6

**残疾儿童康复救助备案表**

 市（州） 县（市、区） 编号:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性别 |  |
| 出生日期 |  年 月 日 | 备案日期 |  年 月 日 |
| 残疾人证号码（如有） |  |
| 身份证号码（如有残疾人证此项可不填） |  |
| 户籍地址 |  |
| 监护人或委托人 |  | 与残疾儿童关系 | 父□ 母□ 其他  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 残疾类别 | □视力 □听力语言 □肢体 □智力 □孤独症 |
| 申请项目 |  |
| 申请康复机构名称 |  |
| 残联转介意见 |  |
| 转介机构信息 | 联系人姓名：联系电话： |

注：备案附件还应包括户口簿（居住证）、残疾人证（医学诊断）、监护人或委托人身份证复印件；

 此表由残疾儿童户籍地县级残联存档。