附件1

交城县残疾儿童康复救助生活补助审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 残疾儿童姓名 |  | | 残疾证号或身份证号 | |  | | |
| 监护人姓名 |  | | 关系 |  | 联系电话 |  | |
| 申请救助项目 | 残疾儿童康复救助生活补助（非全日制500元）  残疾儿童康复救助生活补助（全日制1000元） | | | | | | |
| 救助金额（元） | 大写 |  | | | | 小写 |  |
| 监护人银行卡开户行 |  | | 卡号 |  | | | |
| 县残联意见 | 审核人签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 领取人签字 | 年 月 日 | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | |