附件3

**浙江省残疾人基本型辅助器具补贴申请审批表**

市 县（市、区） 街道（乡、镇） 村（社区）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 残疾证号码 |  | 性 别 |  |
| 残疾类别 |  | 残疾等级 |  | 年 龄 |  |
| 家庭住址 |  | | 联系电话 |  | |
| 监护人姓名 |  | 监护人电话 |  | 与监护人关系 |  |
| 家庭经济情况 | ○低保家庭 ○低保标准100—150%以内家庭 ○其他家庭 | | | | |
| 是否在校 | ○是 ○否 | | | | |
| 申请辅具  类 别 | ○实物配发类 ○货币补贴类 | | | | |
| 申请辅具名称 | | | | | |
| 辅具名称1 |  | 发票金额 |  | 补助金额 |  |
| 辅具名称2 |  | 发票金额 |  | 补助金额 |  |
| 辅具名称3 |  | 发票金额 |  | 补助金额 |  |
| 申请人签字 | 签字：  年 月 日 | | | | |
| 街道（乡、镇）残联审核 | （可略）  签字：  年 月 日 | | | | |
| 县（市、区）  残联审核 | 签字：  年 月 日 | | | | |