附件3

**福建省残疾人辅助器具适配补贴资金发放情况表**

（ 年度）

市 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **地区** | **发放辅助器具补助总人数（人）** | **发放辅助器具补贴金额（万元）** |
| **省级财政资金** | **市、县财政资金** | **实际发放辅助器具补贴合计（万元）** |
| **下拨金额****（万元）** | **发放金额****（万元）** | **结余金额****（万元）** | **市级（万元）** | **县级（万元）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |

注：本表由设区市残联、财政汇总填写，于每年3月1日前报省残联、省财政厅

财政部门（签字、盖章）： 残联（签字、盖章）：