附件7

南沙区残疾人首次残疾评定费用资助申请表

南沙区 镇（街） 村 （居） 年度

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 民族 | | |  | | | 出生  年月 | |  |
| 残疾类别 | 视力□ 听力□ 言语□ 肢体□ 智力□ 精神□（多重可以多选） | | | | | | | | | | | | |
| 残疾等级 | 一级□ 二级□ 三级□ 四级□ | | | | | 残疾  证号 | | |  | | | | |
| 家 庭  地 址 |  | | | | | | | | | 联系  电话 | |  | |
| 申请资助  项目 | 首次办理《残疾人证》残疾程度评定和必要检查费用资助 | | | | | | | | | | | | |
| 首次办证  时间 |  | | 申请资助金额 | | | | 元 | | | | | | |
| 个人或  监护人  申 请 | **本人承诺所有材料和凭证真实有效，愿对所提交的整套资料负责，如有弄虚作假，愿意退还所得资助。**  申请人签名： 日 期： | | | | | | | | | | | | |
| 镇（街）残联审核意见 | 公 章：  审核人： 日 期： | | | | | | | | | | | | |
| 区残联  审批意见 | 审批意见：同意申请□ 不同意申请□      公 章：  审批人： 日 期： | | | | | | | | | | | | |