附件1：

**2025年度“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅项目**

**申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目内容 |  （单位）申请执行中国残疾人福利基金会“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅项目，我单位申请 辆 LT14 型号儿童轮椅，资助3-15岁、体重在45公斤以下的脑瘫、脑外伤、脊髓损伤、进行性肌营养不良、其他伴肢体功能障碍残疾儿童使用。 |
| 申请单位名称 | 单位名称： |
| 申请单位地址和邮编 | 地址：邮编： |
| 申请单位联人、电话和邮箱 | 姓名： 电话：（ ）- 手机： 邮箱： |
| 1. 我单位保证按照项目有关要求执行项目，确保项目按时保质完成；
2. 我单位保证所报信息真实准确，合法有效，并按照有关法律法规，

自觉接受项目监管和评估。申请单位：法定代表人签字：（单位盖章）日期： 年 月 日 |