附件2：

**“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅项目受助人申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | |
| 民族 |  | 监护人 |  | 联系电话 | |  | |
| 儿童身份证号  或残疾证号 |  | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | |
| 筛查标准 | □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 | | | | | | |
| 家庭经济状况 | □城乡最低生活保障家庭 □防止返贫监测对象 □特困人员供养范围儿童 □残疾孤儿  □福利机构收留抚养儿童 □其他经济困难家庭 | | | | 户口  类别 | | □农业户  □非农业户 |
| 享受医疗  保险情况 | □享受城镇职工基本医疗 □享受农村合作医疗  □享受医疗救助 □享受其他保险 □无医疗保险 | | | | | | |
| 监护人申请 | 申请人：  申请日期： | | | | | | |
| 执行机构  审核意见 | 审核人：  审批日期：  公章： | | | | | | |

注：申请人签字需手写

**“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅项目受助机构**

**申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | |
| 地 址 |  | | 电 话 |  | |
| 机构性质 |  | 机构代码 |  | | |
| 负 责 人 |  | 职 务 |  | | |
| 服务项目适应症残疾儿童类型 | □脑瘫 □脑外伤 □脊髓损伤  □进行性肌营养不良 | | 服务项目适应症残疾儿童人数（2023年） | |  |
| 本次申请数量 |  | | | | |
| 申请机构 | 负责人  申请日期：  公 章： | | | | |
| 执行机构  审核意见 | 审核人：  审批日期：  公章： | | | | |

注：负责人签字需手写