**残疾人救助一件事综合申请表**

省（自治区、直辖市） 市（地） 县（市、区）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 套餐选择 | □困难残疾人生活补贴□山东省视力、听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童康复救助□山东省残疾儿童人工耳蜗康复救助□山东省残疾儿童矫治手术康复救助□重度残疾人护理补贴 | | | | | | | | | | | | | | | 贴照片处  （两寸  近期免冠  白底彩照） | |
| 申  请  人  基  本  情  况 | 姓 名 |  | | | | 性别 |  | 民族 |  | | 婚否 | | |  | |
| 出生年月 |  | 籍贯 | | |  | | | 文化程度 | |  | | | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 残疾证号 |  | | | | | | | | 低保证号 | | | | |  | | |
| 残疾类别 |  | | | | | | | | 残疾等级 | | | | |  | | |
| 现住址 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_乡（镇、街道）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_村（社区） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 邮 编 |  | | | 联系电话 | | |  | | | | | | | | | |
| 本人享受医保情况 | □享受城乡居民基本医疗保险□享受其他保险 □无医疗保险 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 监护人或  联系人 | 姓 名 |  | | | | | | 与申请人关系 | | | |  | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请类型 | | □新申请（监护人证明材料粘贴在申请表后面）□申领申请□补办申请 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人或  监护人签名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 镇街残联  初审意见 | | （盖章） | | 区残联  审核意见 | | | | | （盖章） | | | | 民政部门审核意见 | | | | （盖章） |
| 所需申报材料：  □1．残疾人证申请表原件；  □2．2寸免冠白底彩色照片原件；  □3．本人户口簿、身份证复印件；  □4．低保证复印件；  □5．残疾人证复印件；  □6．山东省困难残疾人生活补贴申请审批表原件；  □7．定点医院出具的诊断证明、疑似残疾证明或残疾人证原件及复印件；  □8．山东省残疾儿童康复救助申请表原件；  □9．残疾儿童户口页复印件；  □10．残疾儿童近期免冠照片原件；  □11．残疾儿童家庭户口本索引表（必须包括残疾儿童）和儿童常住人口登记卡原件及复印件；  □12．残疾儿童及监护人身份证复印件；  □13．山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目筛查登记表原件；  □14．山东省肢体残疾儿童矫治手术康复救助项目定点医院专家评估意见表原件；  □15．医学影像检查或者体现病情的辅助检查照片原件。  □16.山东省重度残疾人两项补贴申请审批表原件；  □17.定点医院检查诊断报告，  包括：声导抗测试报告单、  听性脑干反应（ABR）测试报告单、  40Hz相关电位或多频稳态诱发电位测试报告单、耳声发射（OAE）测试报告单、颞骨CT报告单和内耳及颅脑磁共振成像（MRI）报告单原件；  注：请在所提供资料前的□内打“√” | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**残疾人两项补贴申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 套餐选择 | □困难残疾人生活补贴 □重度残疾人护理补贴 | | | | | | | （2寸照片 粘贴处） |
| 姓 名 |  | 性别 | 男 | |  | |  |
| 残疾类别 |  | 残疾等级 | | |  | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | |
| 残疾人证号 |  | | | | | | |
| 低保证号 |  | | | 电话 | |  | | |
| 乡镇人民政府（街道办事处）初审意见 | 年 月 日（盖章） | | | | | | | |
| 县（市、区）  残联审核 意见 | 年 月 日（盖章） | | | | | | | |
| 县（市、区）民政部门 审定意见 | 年 月 日（盖章） | | | | | | | |

注：此表一式三份，乡镇人民政府（街道办事处）、县（市、区）残联、县（市、区）民政部门各存一份。

**残疾人儿童康复救助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 监护人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | | 残疾人证号  （持证必填） | |  |
| 家庭住址 | 市 县（市、区） 街道（乡镇） （非本地户籍附相关材料） | | | | | |
| 享受医疗保险情况 | □享受城乡居民基本医疗保险□享受其他保险 □无医疗保险 | | | | | |
| 申请救助残疾儿童基本情况 | 经 （专业医疗机构）诊断为：（□视力□听力□言语□肢体□智力□精神）功能障碍、□孤独症谱系障碍、□其他 ，次要障碍为 。 | | | | | |
| 经监护人申请，按照国家《残疾人残疾分类和分级》标准，评定为  残疾人，残疾等级 级（七岁以上必填）。 | | | | | |
| 监护人提出的申请 | 监护人签字： 年 月 日 | | | | | |
| 审核依据 | 1.医学诊断证明或残疾人证；  2.开展康复潜力评估的，须出具评估报告。  （相关证明或报告可附后） | | | | | |
| 县（市、区）  残联审核  意见 | 审核人： （盖 章）  年 月 日 | | | | | |