**浙江省残疾人康复工程申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | □男 □女 | 出生年月 |  |
| 联系电话 |  | 身份证号 |  | 残疾证号 |  |
| 家庭住址 |  | | | 邮政编码 |  |
| 监护人姓名 |  | 监护人住址 |  | | |
| 残疾类别  和程度 | □视力残疾 视力残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级  □听力残疾 听力残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级  □肢体残疾：○左小腿截肢 ○右小腿截肢○左大腿截肢 ○右大腿截肢  脑瘫导致肢体残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级 | | | | |
| 本人或  监护人  申请 | 本人（或我的被监护人 ）基本情况如上。希望获得浙江省“残疾人康复工程”的康复服务，具体请求享受康复服务的内容如下：  □白内障免费复明手术 □免费验配助视器  □免费验配助听器 □免费安装下肢假肢  □盲人智能眼镜 □髋/膝关节手术  特此申请  申请人签字  年 月 日 | | | | |
| **（以上各栏由申请人填写。遇“□”和“○”时，请在选择项打“√”）** | | | | | |
| 社区、村  （居）委会  评议意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | |
| 乡镇（街道）  残联初审  意 见 | （盖章）  年 月 日 | | | | |
| 县（市、区）残联复审  意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | |