附件4

贵州省困难家庭肢体功能障碍救助性康复项目申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  |
| 家庭住址 |  |
| 身份证号 |  | 电话 |  |
| **康 复 病 种 范 围** |
| 1.截肢术后、骨折术后、关节置换术后 ┈┈┈┈┈┈┈[ ] 2.脑梗塞、脑出血后偏瘫，脊髓损伤 ┈┈┈┈┈┈┈┈[ ] 3.小儿脑性瘫痪、发育迟滞、脑炎后遗症 ┈┈┈┈┈┈[ ] 4.颈椎病、腰椎间盘突出症、关节炎 ┈┈┈┈┈┈┈┈[ ] 5.其 他┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈------[ ]备注：救助康复对象在符合上述栏里打“√” |
| 县（市、区、特区）民政部门意见 （签章）年 月 日 | 省肢体康复中心意 见  （签章）  年 月 日 |

备注：1.本表由县（市、区、特区）民政部门填报，附本人申请；

 2.本表一式二份，一份报销凭证，一份省肢体康复中心留存。