附件2：

**山西省残疾儿童抢救性康复救助补贴经费申请明细表**

（ ）年度第（ ）批

（公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **家庭住址** | **身份证号（必填）** | **残疾类别** | **家长或（监**  **护人）姓名** | **联系电话** | **得到康复服务**  **项目内容** | **申请项目经费**  **（万元）** | **备注** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**填表人： 联系电话： 填表日期：  年  月   日**

**说明：**由定点机构填写一式2份，机构和县残联作为结算费用凭证各留存1份；实际服务内容与县残联审批不一致的要在备注中说明