# 中山市残疾人评残检查费补助申请程序

**1、所需材料如下：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **材料内容** | **完成**”✔” | **备注** |
| 1 | 《中山市残疾人康复扶助申请审批表》一式3份。 |  | 附件1 |
| 2 | 定点评残医院检查报告原件  听力：要求提供纯音的检查报告及脑干听力神经报告。  视力：眼部及视力神经的检查报告。  智力：智力量表。  精神：精神残疾检测量表。  肢体：残疾部位的X线、CT及MRI等检查报告。  言语：言语残疾量表。 |  | **附件2** |
| 3 | 残疾证复印件。 |  |  |
| 4 | 发票正本。（发票需有：检查费一项，结算明细清单）。 |  |  |
| 5 | 申请人银行卡或存折账户复印件，必须填写开户行及姓名（要求本人申请）。 |  |  |
| 6 | 残疾人身份证。 |  |  |
| 7 | 家庭贫困的出示：低保、低收入证明。 |  |  |
| 8 | 所有复印件镇区残联需加盖公章。 |  |  |
| 9 | ★镇区残联专干录入评残补助情况汇总表。 |  | 附件3 |

**2、流程图如下：**

**残疾人评残检查费申请**

**1、中山市残疾人康复扶助申请审批表。（附件1）**

**户籍所属村居委会**

**领取表格**

**前往七大定点评残机构进行对应类别的评残检查**

1. **七大定点评残机构目录。**

**（附件2）**

**将相关材料交回**

**所属社区**

**镇区复审**

**上报市残联**

**康复部**

**审核通过**

**发放补助**

**附件1：**

**中山市残疾人康复扶助申请审批表**

**（ 年度）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 | |  | 出生年月 | |  |
| 身份证号 |  | | 残疾人证号  （持证必填） | | |  | | | |
| 残疾类别 | 视力□听力□言语□肢体□智力□精神□（多重残疾可多选） | | | | | | | | |
| 残疾等级 | 一级□二级□三级□四级□ | | | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | 监护人姓名 | |  | | 联系电话 | |  |
| 家庭经济状况 | □低保户□低收入户□五保户 | | | | | | 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保险□享受城乡居民基本医疗保险  □享受医疗救助 □享受其他保险  □无医疗保险 | | | | | | | | |
| 需求项目 |  | | | | | | | | |
| 残疾人或监护人申请 | 申请人：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 社区（村）委会  意见 | 审核人：  公 章  年 月 日 | | | | | | | | |
| 镇（区）残联意见 | 审核人：  公 章  年 月 日 | | | | | | | | |
| 市残联审批意见 | 审核人：  公 章  年 月 日 | | | | | | | | |

备注：1、此表一式叁份，一份镇区存档，一份上报市残联，复印件镇区残联要加盖公章；

2、附身份证、残疾证的复印件，正本的发票，如果0-6岁未有残疾证的出示病历证明；

3、附申请人的银行账户复印件，如不是本人需提交关系证明（户口簿、结婚证、出生证等）；

4、贫困证明：五保（户）、低保、低收入证明。

**附件2：**

**中山市定点评残机构目录**

**（可根据省残联公布的相应增加）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **评残机构** | **评残类别** |
| 1 | 中山市人民医院 | 视力、听力、言语、肢体、智力 |
| 2 | 中山市中医院 | 视力、听力、言语、肢体、智力 |
| 3 | 中山市博爱医院 | 视力、听力、言语（儿童）、肢体、智力、精神（自闭症） |
| 4 | 中山市第三人民医院 | 智力、精神 |
| 5 | 中山市小榄人民医院 | 视力、听力、言语、肢体、智力 |
| 6 | 中山市三乡医院 | 视力、肢体、智力 |
| 7 | 中山市火炬开发区医院 | 视力、肢体 |

**附件3：**

**中山市 镇区评残补助情况汇总表**

**填报期间： 年 月 日 填报人：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **姓名的** | **性别** | **出生年月** | **残疾类别** | **残疾证号** | **户籍地址** | **本人或监护人 电话** | **家庭经济** | **申请时间** | **补助项目** | **补助金额（元）** | **评残医院** |
| **填写 说明：** |  |  |  | **类别+级数** |  | **格式：省+市+镇区+村居+地址** | **家庭经济的填写选项：**  **“一般”**  **“困难”（附低收入证）**  **“低保”（附低保证）** | | **残疾人或监护人的申请时间** | **固定填写“评残检查费”** | **由市残联审核填写，镇区不用填写** | **参照附件2：中山市定点评残机构目录** |
| 例 | 张小 | 男 | 2018.5 | 智力三级 | 442000201805XXXXXXXX | 广东省中山市石岐区XX社区XX街X号 | 137XXXX1234 | 一般 | 2019.8.16 | 评残检查费 |  | 中山市人民医院 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |