

附件 1

贵池区 2022 年度困难精神残疾人药费补助 任务建议目标

地 区	指导任务 (人)
池阳	61
秋浦	54
清溪	69
清风	60
杏花村	53
里山	95
江口	54
涓桥	94
乌沙	130
殷汇	130
牛头山	88
唐田	56
牌楼	67
梅街	60
马衙	107
墩上	100
梅龙	82
梅村	60
秋江	150
棠溪	30
合计	1600

附件 2

贵池区 2022 年度残疾儿童康复救助任务建议目标

单位：名

单位	“六类”儿童康复训练		适配假肢及矫形器		适配辅助器具		总计
	指导任务	其中：省级任务	指导任务	其中：省级任务	指导任务	其中：省级任务	
贵池区	150	105	25	6	20	8	195

附件 3

池州市困难精神残疾人药费补助审批表

_____县（区）_____乡镇（街道）_____村（社区）

姓名		性别		残疾人证号	
经济状况	<input type="checkbox"/> 1.低保户 <input type="checkbox"/> 2.家庭经济困难				
医保情况	<input type="checkbox"/> 1.城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 2.民政医疗救助 <input type="checkbox"/> 3. 其他医疗保险 <input type="checkbox"/> 4.无医疗保险				
银行帐号或一卡通号	开户行： 帐号：				
监护人姓名		与患者关系		联系电话	
监护人承诺	一、保证药费补助金按规定使用； 二、监护病情，督促病人按时服药、体检和复查； 三、自觉履行监护职责，接受社会各界监督。 <div style="text-align: right;"> 监护人签名： _____ 年 月 日 </div>				
乡镇(街道)残联意见	<div style="text-align: right;"> 审核人：公章 _____ 年 月 日 </div>				
县（市、区）残联审批意见	<div style="text-align: right;"> 审核人：公章 _____ 年 月 日 </div>				

注:本表由县（市、区）残联存档。

附件 4

池州市困难精神残疾人药费补助汇总表

_____县（区）_____乡镇（街道）_____年 月 日

序号	姓名	性别	残疾人证号	监护人姓名	家庭住址	联系电话
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

附件 5

池州市残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表

_____市_____县(区)_____乡镇(街道)_____村(社区)

儿童姓名		性别		残疾类别	
残疾人证或身份证号					
家长（监护人）姓名		身份证号			
联系电话					
安置申请	申请前（转）往_____定点机构接受训练。 申请人（监护人）签字：_____年 月 日				
儿童户籍地或县级残联意见	同意转送安置。 <div style="text-align: right;">签字（公章） 年 月 日</div>				
计划康复起止日期	_____年 月 至 _____年 月				
实际康复训练时间	至	_____年 月	康复效果机构自评	<input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 一般	
机构意见	<div style="text-align: right;">定点机构（签章） 年 月 日</div>				
机构所在地残联考核评估意见	<div style="text-align: right;">签章： 年 月 日</div>				

附件 6

池州市残疾儿童康复救助申请审批表

县(区)		乡镇(街道)		村(社区)	
儿童姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民族	
出生年月		身份证号			
家庭住址				邮政编码	
监护人姓名		工作单位		联系电话	
残疾类别		医疗机构临床 诊断评估情况			
康复需求	<input type="checkbox"/> 手术矫治 <input type="checkbox"/> 配置辅助器具 <input type="checkbox"/> 康复训练				
经济状况	<input type="checkbox"/> 低保家庭 <input type="checkbox"/> 建档立卡家庭 <input type="checkbox"/> 特困供养 <input type="checkbox"/> 孤儿保障 <input type="checkbox"/> 其它家庭				
享受医疗 保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇居民基本医疗 <input type="checkbox"/> 享受新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 享受其他医疗保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险				
监护人申请	申请人： 年 月 日				
乡镇(街道) 残联 审核意见	审核人： 公 章 年 月 日				
县(区)残联 审批意见	审批人： 公 章 年 月 日				