

附件 4

上海市持居住证残疾儿童康复救助信息核实表

儿童姓名		性 别	
身份证号		残疾人证号 (持证者必填)	
户籍住址			
父母(或 监护人)姓名		手机号码	
核实内容	该儿童申请上海市____年____月至____年____月残疾儿童康复训练救助补贴,并承诺未在外省市享受康复训练救助补贴。 请贵单位协助核实上述情况是否属实。 审核人: 居住证所在地区残联(加盖公章): 年 月 日		
户籍地县 (市、区) 残联核实 意见	上述核查信息属实。 审核人: 单位(加盖公章): 年 月 日	上述核查信息不符,请列明实际情况。 审核人: 单位(加盖公章): 年 月 日	

- 注: 1. 本表由收到儿童救助申请的居住地登记地址所在区残联填写,并报至儿童户籍所在地残联审批。
2. 本表一式两份,由居住地登记地址所在区残联、户籍地区残联各留存一份。
3. 户籍地残联如未核实通过,我市将不予救助。