

附件 4

## 异地康复承诺书

上海市\_\_\_\_\_区残联：

儿童姓名：\_\_\_\_\_，性别：\_\_\_\_\_，

身份证号：\_\_\_\_\_，

居住证地址：\_\_\_\_\_；

户籍地址：\_\_\_\_\_。

监护人姓名：\_\_\_\_\_，身份证号：\_\_\_\_\_，

和儿童关系：\_\_\_\_\_联系电话：\_\_\_\_\_。

\_\_\_\_\_年度，该儿童申请上海市残疾儿童救助，不再申请

\_\_\_\_\_（居住地）残疾儿童康复救助，特此承诺。

监护人签字：

日期：

（一式二份，户籍地、居住地市或县（区）残联各留存一份）