附件5

中山市残疾人辅助器具适配补贴结算汇总表

填报单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 残疾类别 | 残疾等级 | 残疾人证号或  残疾军人证号 | 家庭住址 | 适配项目 | 适配金额（元） | 补贴金额（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 经办人： 负责人： 填报时间：  审核人： 审核时间： | | | | | | | | | | |  |

说明：1.定点服务机构填写，在与市残联结算时提供使用。

2.本表一式两份，定点服务机构与市残联各存一份。