附件2

宿迁市残疾儿童基本康复项目转介单

（残联留存）

 ：（定点康复机构名称）

经审核， （男/女）， 年 月 日出生，身份证号码： ，监护人姓名： （父/母/其他 ），联系电话： ，家庭地址： ，符合宿迁市残疾儿童基本康复项目 类救助条件。现根据其监护人申请意见，同意 年度转入你机构进行基本康复服务。有关康复服务资金按市残联相关规定给予机构补助。

 县（区）残疾人联合会（盖章）

 年 月 日

………………………………………………………………………………

（机构留存）

 ：（定点康复机构名称）

经审核， （男/女）， 年 月 日出生，身份证号码： ，监护人姓名： （父/母/其他 ），联系电话： ，家庭地址： ，符合宿迁市残疾儿童基本康复项目 类救助条件。现根据其监护人申请意见，同意 年度转入你机构进行基本康复服务。有关康复服务资金按市残联相关规定给予机构补助。

 县（区）残疾人联合会（盖章）

 年 月 日