附件5

广州市残疾人康复资助资金清算确认表（ 区）

填报单位（盖章）： 单位：万元/人

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-6岁残疾儿童人工耳蜗植入术资助残疾矫治手术资助 | 0-6岁残疾儿童肢体畸形矫治术资助 | 精神残疾人专科治疗资助 | 残疾人首次办理《残疾人证》残疾程度评定和必要检查费用资助 | 听力语言残疾儿童康复训练资助 | 智力残疾儿童康复训练资助 |
| 资助人数 | 资助金额 | 资助人数 | 资助金额 | 资助人数 | 资助金额 | 资助人数 | 资助金额 | 机构康复类 | 医疗机构康复类 | 机构康复类 | 医疗机构康复类 |
| 资助人数 | 资助金额 | 资助人数 | 资助金额 | 资助人数 | 资助金额 | 资助人数 | 资助金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 孤独症谱系障碍儿童康复训练 | 肢体残疾康复训练 | 低视力康复训练 | 残疾人基本型辅助器具适配资助 | 居家康复资助 |
| 机构康复类 | 医疗机构康复类 |  |
| 资助人数 | 资助金额 | 资助人数 | 资助金额 | 资助人数 | 资助金额 | 资助人数 | 资助金额 | 资助件数 | 资助金额 | 资助人数 | 资助金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 实际资金支出数 | 市级资金下达数 | 市级清算结余（超支）数 |
| 实际支出总额 | 市级按比例应承担金额 |
| （1） | （2）=（1）\*比例 | （3） | （4）=（3）-（2） |
|  |  |  |  |

经办人签名： 负责人签名： 填报时间：