附件3：

**福田区20 年残疾儿童康复训练服务小结**

**（由所选定的康复服务机构填写）**

**残疾儿童姓名：**

**身份证号码：**

**康复服务定点机构（公章）**

机构名称：

服务内容：

服务小结：

【**以上内容均由康复服务定点机构填写并加盖公章**】

残疾儿童监护人（签名）：

日期： 年 月 日

说明：1.“服务内容”为该残疾儿童在本年度在所选定的康复服务定点机构接受康复训练主要项目内容等；2.其他内容格式无要求；3.残疾儿童监护人和康复服务定点机构高度重视，如实填写；4.申请人最后一次报账时须提交。