

广州市残疾人康复资助代位结算明细表（精神专科治疗类）

定点康复机构（盖章）：

本次结算金额合计（元）：

审核编码	姓名	残疾人证号	申请结算月份	户籍所属区划	同意资助 总额(元)	本次申请结算 金额(元)

制表人：

制表日期：