|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 权力序号 | | 52 | | 权力类型 | 其他职权 |
| 权力名称 | | 病残儿医学鉴定申报核查 | | | |
| 备注 | |  | | | |

符合条件，出具书面意见，加盖公章，报所在地的街道文化旅游和卫生健康服务中心。

个人申请

|  |
| --- |
| 不符合条件，一次性告知 |

社区居委会初审

|  |
| --- |
| 不符合条件的，一次性告知 |

街道文化旅游和卫生健康服务中心应对申请病残儿医学鉴定者的情况进行再次核实并进行必要的社会和家系调查

符合条件的，在病残儿医学鉴定申请表上签署意见，加盖公章，并在接到申报材料之日起5个工作日内报区卫健委