残疾人证变更申请

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人基  本情况 | 姓名(\*) |  | 身份证号码(\*) |  |
| 手机(\*) |  | 固定电话 |  |
| 现居住地址 |  | | |
| 监护人或  联系人 | 姓 名(\*) |  | 与申请人关系(\*) |  |
| 手机(\*) |  | 固定电话 |  |
| 变更申请  残疾类别(\*) | □视力残疾 □听力残疾 □言语残疾 □肢体残疾 □智力残疾 □精神残疾 | | | |
| 变更申请  残疾等级 | □是 □否 | | | |
| 本人（监护人）对以上内容已知悉，并承诺保证申请所填内容均属实，所提交的各类证明材料均合法真实，已经本人（监护人）确实，且同意在事项办理过程中调用本人的相关数据；若有虚假或隐瞒将承担由此带来的一切后果和法律责任。  申请人或监护人签名： 时间： 年 月 日 | | | | |
| 县残联审核意见：  审核人签名： 时间： 年 月 日 | | | | |

受理人签名： 受理时间： 年 月 日