云南省残疾人基本型辅助器具适配补贴

申请审批表

申请日期： 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  姓名 | |  | | | 性别 | |  | 出生日期  （年龄） | |  | | |
| 残疾证号  （身份证号） | | | | |  | | | | | | | |
| 残疾类别 | | | | | 🞏视力 🞏听力 🞏肢体 🞏智力 🞏精神（多重残疾可多选） | | | | | | | |
| 残疾等级 | | | | | 🞏一级 🞏二级 🞏三级 🞏四级 🞏未定级 | | | | | | | |
| 家庭地址 | | | | | 省 市（州） 县（区/市） 乡镇（街道） 村（社区） | | | | | | | |
| 联系人 | | | | |  | | | 联系方式 | |  | | |
| 申请适配辅具项目 | 序号 | | | 辅具名称 | | | 数量/件 | 产品单价/元 | | | 申请人签字 | |
|  | | |  | | |  |  | | |  | |
|  | | |  | | |  |  | | |  | |
|  | | |  | | |  |  | | |  | |
| 县级残联  初审意见 | | | | 初审人员签字： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 评估人员/机构意见 | | | | 按照《云南省残疾人基本型辅助器具适配补贴办法（试行）》，为改善该患者身体功能状况，建议适配辅助器具名称如下：  评估人签字： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 县级残联补贴核准意见 | 序号 | | 辅具  名称 | | | 数量/件 | 产品单价/元 | 补贴标准 | 补贴金额 | | 残疾人自负金额 | 备注 |
|  | |  | | |  |  |  |  | |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  | |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  | |  |  |
| 审核人签字（盖章）： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |