附件2

广西壮族自治区残疾人基本型辅助器具

申请（审批）表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** | 男□ 女□ | **民 族** |  |
| **残疾人证号** |  | **联系电话** |  |
| **家庭住址** |  | **邮政编码** |  |
| **监护人姓名** |  | **联系电话** |  |
| **残疾类别** | □听力残疾 □言语残疾 □智力残疾 □精神残疾□视力残疾：○盲 ○低视力□肢体残疾：○偏瘫 ○截瘫 ○脑瘫 ○截肢 ○儿麻 □多重残疾 |
| **经 济****状 况** | □家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 □农村领取社会救济金 □家庭经济困难  | **户口****类别** | □农业户口 □非农业户口 |
| **享受医疗****保险情况** | □享受城镇职工基本医疗 □享受农村合作医疗□享受医疗救助 □享受其他医疗保险 □无医疗保险  |
| **需 求****情 况** | **类别：**□助行器、生活自理类 □轮椅代步车类 □护理类 □助视和导盲信息类 □假肢矫形器类 □助听器类 其它： |
| **是否初次****申 请** | □是 |
| □否 | **上一次辅具申请的适配****时间：** 年月 日  | **使用年限****\_\_\_\_\_\_**年 | **更换原因：** |
| **辅助器具****需求情况** | **序号** | **产 品 名 称** | **数量** | **签 字** | **适配时间** | **备 注** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| **个人或监护人****申请** |  |
| **县（市、区）残联审核意见** |  |

填表单位： 申请日期：