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：