附件2

宁夏残疾人辅助器具适配补贴申请审批表

 市 县（市、区） 街道（乡、镇） 村（社区）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 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□ |
| 残疾/身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 联系人 |  | □手机□固定电话 |  |
| 家庭地址 | 市 县（市、区）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 申请人 类别 | □特困供养户 □低保户 □建档立卡户 □不满18周岁残疾儿童少年 □年满18周岁在校残疾学生 □低收入家庭残疾人 □一户多残家庭就业年龄段无稳定收入 □其他残疾人 |
| 凭证清单 | □残疾人证 □身份证 □户口簿 □居住证 □特困供养户 □低保户 □一户多残 □易致贫边缘户 □脱贫不稳定监测户 □低收入家庭 □0-6岁残疾儿童诊断证明 □一户多残家庭就业年龄段无稳定收入 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 申请适配辅助器具项目 | 序号 | 辅助器具名称 | 数量 | 单位 | 申请（代理）人签字 |
| 1 |  |  |  |  年 月 日 |
| 2 |  |  |  |
| 乡镇（街道）残联初审 | 初审意见：□情况属实，材料齐全 经办人签字： |
| 审核人意见： 签字：年 月 日 |
| 评估 | 评估意见： 建议适配 型号 辅具。 建议适应性训练 天。  评估人： 评估机构（盖章）： 年 月 日 |
| 县（市、区）残联审批核准 | 是否符合申请条件：□是 □否（原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）核准补贴辅具名称型号：补贴比例：□80% □100%适应性训练： 天经办人意见： 签字：审核人意见： 签字：县（市、区）残联盖章 年 月 日  |
| 辅具适配 | 序号 | 服务项目 | 名称内容 | 数量 | 产品或服务价格（元） | 补贴比例（%） | 补贴金额（元） |
| 1 | 适配的辅具 |  |  |  |  |  |
| 2 | 适配服务 |  |  |  |  |  |
| 3 | 适应性训练 |  |  |  |  |  |
| 补贴合计 |  元（大写： ） |
| 适配机构盖章： 年 月 日 | 残疾人或监护人签字： 年 月 日 |
| 备注 |  |