附件2

黑龙江省残疾人基本型辅助器具适配补贴申请审批表

申请日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | |  | | | 性别 | |  | | 年龄 | | |  | |
| 残疾人证号 | |  | | | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| 家庭地址 | |  | | | | | | | | | | | |
| 申请人状况 | | 🞎0-6岁残疾儿童🞏低收入🞏7-17岁残疾儿童🞏在校残疾学生🞏其他残疾人 | | | | | | | | | | | |
| 个人需求 | | 🞎补偿听觉缺失功能 🞏代偿视力缺失功能 🞎方便支撑身体 🞏方便外出  🞏方便如厕 🞏防止滑倒 🞎方便转移 🞏方便洗澡🞏其他 | | | | | | | | | | | |
| 申请适配  辅具项目 | | 序号 | | 辅具名称 | | | 数量 | | | 申请人签字 | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | | |
| 乡、镇(街道)  初审意见 | | （可略）  签字：  年 月 日 | | | | | 县级残联  初审意见 | | | 初审情况：🞎材料齐全  🞏符合救助条件  签字：  年 月 日 | | | |
| 评估人员/机构意见 | | 按照《黑龙江省残疾人基本型辅助器具适配补贴办法（试行）》，为改善该残疾人身体功能状况，建议适配辅助器具名称如下：  评估人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 辅助  器具  适配  补贴  记录 | 实物补贴 | 适配辅具记 录 | 辅具名称 | | | | | 数量 | | 适配时间 | | | 备注 |
|  | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | |  | |  | | |  |
| 装配假肢记 录 | 🞎大腿 🞏小腿 🞎膝离断  🞎髋离断 🞎上肢假肢 其它 | | | | |  | |  | | |  |
| 🞎左 🞏右 | | | | |  | |  | | |  |
| 货币补贴 | 辅具名称 | | | 数量 | 产品单价/元 | | 补贴标准 | | | 补贴金额 | | 备注 |
|  | | |  |  | |  | | |  | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  | |  |
| 受助人或监护人签名：    年 月 日 | | | | | | 审批人：  县（市、区）残联  盖章  年 月 日 | | | | | | | |
| 证件、发票（复印件）粘贴处： | | | | | | | | | | | | | |