附件 2

**四川省残疾人基本型辅助器具适配补贴申请审批表**

 申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人****姓名** |  | **性别** |  | **出生日期****（年龄）** |  |
| **残疾证号（身份证号）** |  | **联系方式** |  |
| **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 □未评级  |
| **家庭地址** |  县 （市、区） 乡（镇、街道） 村 （社区） |
| **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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|   **评估人员/机构意见** | 按照《四川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：  日期： 年 月 日 |
| **村（社区）意见** | 初审人： 公章日期： 年 月 日 |
| **乡（镇、街道）意见** | 审核人： 公章日期： 年 月 日 |
| **县（市、区）残联批准意见** | 序号 | 辅具名称 | 数量/件 | 产品单价/元 | 补贴标准/元 | 补贴金额/元 | 残疾人自付金额/元 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 审批人： 公章 日期： 年 月 日 |