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 | | | | | | | |