附件2

山东省残疾人基本型辅助器具适配申请审核表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人基本资料 | 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |   |
| 详细地址 |  市 县（市、区） 乡镇（街道） 村（社区） |
| 联系电话 | □本 人□监护人 | 监护人姓名 |  |
| 身份证号 |  | 残疾人证号（持证必填） |  |
| 残疾类别 | □视力□听力□言语□肢体□智力□精神□多重 | 残疾等级 | □一级 □二级 □三级 □四级□未定级 |
| 困难残疾人情况 | □否 □是： □脱贫享受政策 □防返贫监测帮扶 □低保 □特困□低保边缘家庭 □其他  |
| 本人辅具申请意向 | （写明残疾情况及所需辅具种类、件数） | 申请人（代理人）签字 |
|  |
| 审核依据 | 1.医学诊断证明或残疾人证；2.开展辅助器具评估的，须出具评估报告。 （相关证明或报告可附后） |
| 县（市、区）残联审核意见 |  审核人： （盖 章）  年 月 日 |