附件2

湖北省残疾人基本型辅助器具适配补贴表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | | | 性 别 |  | | | 民 族 | | |  | | |
| 残疾人证号 |  | | | | | | | | | | | | |
| 联系方式 | 固定电话 | | | | 手机 | | | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | | | | | |
| 残疾类别 | □1.视力残疾  □2.听力残疾 □3.言语残疾  □4.肢体残疾 □5.智力残疾  □6.精神残疾 □7.多重残疾 | | | | | | | | | | | | |
| 残疾等级 | □一级 □二级 □三级 □四级 □未评定 | | | | | | | | | | | | |
| 个人需求 | □补偿听力缺失功能 □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： | | | | | | | | | | | | |
| 适配辅助器具  （记录） | 序号 | 辅助器具名称 | | | | | 数量 | | | 适配时间 | | 受助人签字 | 备注 |
| 1 |  | | | | |  | | |  | |  |  |
| 2 |  | | | | |  | | |  | |  |  |
| 3 |  | | | | |  | | |  | |  |  |
| 装配假肢  （记录） | 名称 | □大腿 □小腿 □膝离断  □髋离断 □上肢假肢 | | | | | 数量 | | | 适配时间 | | 受助人签字 | 备注 |
| 部位 | □左 □右 | | | | |  | | |  | |  |  |
| 补贴审批情况 | □通过 □未通过 | | | | | 补贴金额 | | | |  | | | |
| 回访结果 |  | | | | | | | | | | | | |
| 受助人或监护人  签名  年 月 日 | | | 评估适配员签字  年 月 日 | | | | | | 县（市、区）  （盖章）  年 月 日 | | | | |

|  |
| --- |
| 证件、发票（复印件）粘贴处： |