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： |