苏州市工伤职工配置辅助器具申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | | 身份证号码 | |  | | |
| 个人编号 |  | 伤残等级 |  | | | 伤残部位 | |  | | |
| 家庭住址 |  | | | | | 家 庭  电话/手机 | |  | | |
| 工作单位 |  | | | | | 申请原因 | | 1．装配 2．维修 3．更换 | | |
| 单位编号 |  | 单 位  联系人 |  | | | 单位联系电话 | |  | | |
| 辅助器具  名 称 |  | 价格限额 |  | | | 使用年限/  保修期 | |  | | |
| 个人申请理由 | 工伤职工签名：  年　月　日 | | | | 用人单位意见 | 该工伤职工是否与单位保留工伤保险关系？  是 □ 否 □  用人单位  盖 章  年　月　日 | | | | |
| 委员会办公室意见  市劳动能力鉴定 | 同意该工伤职工在定点配置单位配置 ，  费用请按规定在限额内予以结付。(价格限额 元 ，  使用年限 年 ，保修期 年。)  时间： | | | | | | | | | |
| 备 注 | 单位名称 | | | 服务项目 | | | 地 址 | | 联系电话 | 联系人 |
| 苏州瑞盛康复医院 | | | 假肢、矫型器 | | | 苏州市相城区元和街道澄帆路661号 | | 13402687390 | 曾广东 |
| 苏州市瑞康康复辅具有限公司 | | | 假肢、矫形器、残疾人辅具 | | | 苏州市姑苏区西环路717号市残联康复中心1号楼9楼 | | 13382192588 | 王华山 |
| 上海科生假肢有限公司 | | | 假肢、矫型器 | | | 上海市嘉定区金沙江西路1555弄慧创国际391号 | | 13788908978、021-64745526 | 陈永平 |
| [上海天弓假肢矫形器有限公司](http://www.szldbz.gov.cn/fujian/tg.doc) | | | 假肢、矫型器 | | | 上海市普陀区同普路1358弄2号2楼 | | 18217299481 | 熊中和 |
| [上海精博假肢矫形器有限公司](http://www.szldbz.gov.cn/fujian/jb.doc) | | | 假肢、矫型器 | | | 上海市静安区天目中路250号 | | 15000898808、021-63171773 | 姜从兵 |
| [苏州眼耳鼻喉科医院](http://www.szldbz.gov.cn/fujian/yy.doc) | | | 助听器 | | | 苏州市葑门路72号 | | 67481260 | 周巍 |

说明：1．本表由本人或用人单位填写，经用人单位盖章确认，并经审批后，方可配置辅助器具；

2．本表一式四份，工伤职工.劳动能力鉴定委员会.工伤保险经办机构.定点配置机构各一份；

3．本表辅助器具价格限额.使用年限/保修期由劳动能力鉴定委员会办公室人员填写；

4．填写本表时请提交本人身份证、《工伤认定决定书》，以及相关病史资料原件和复印件；

5．工伤辅助器具费用报销时请携带本表、收费票据及本人身份证。