附件4：

沙坪坝区残疾人辅助器具适配补贴申请审批表

（ 年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | 残疾人证号（持证必填） |  |
| 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□ |
| 家庭住址 |  | 监护人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 家庭经济状况 | □城乡低保 □农村五保 □城市三无人员 □其他 | 户口类别 | □农业户□非农业户 |
| 享受医疗保险情况 | □享受城镇职工基本医疗保险□享受城乡居民基本医疗保险□享受医疗救助□享受其他保险□无医疗保险 |
| 辅助器具需求名称 |  |
| 申请类型 | 免费适配 □ 适配补贴 □ 金额：\_\_\_\_\_元 | 申请人：年 月 日 |
| 镇街审批意见 | 领导签字： 审核人签字： 年 月 日 |
| 区残联审批意见 | 领导签字： 审核人签字: 年 月 日 |

填表说明：1.此表一式两份由残疾人或其监护人填写，经镇街残联逐级审核上报区残联，由区残联审批并留存。2.申请辅具补贴，表后需附带低保证或特困证复印件、有效发票和残疾人自行购买辅具的照片（照片可用A4纸打印）。