附件2

残疾退役军人配置、更换、维修康复辅助器具申请表

年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 |  | 家庭常住地址及联系方式 |  |
| 残疾等级 | 级 | 伤残性质 |  | 鄂军 | 申请类型 | 首次申请、更换、维修 |
| 上次更换、维修时间 |  |
| 残疾部位 |  | 服务方式 | □到点配置□上门服务□邮寄□其他 |
| 申请辅助器具名称（√） | □手推轮椅车□手摇三轮车□电动三轮轮椅车 □矫形鞋□大腿假肢　 □上臂大手□小腿假肢　 □假手□助听器□拐杖□电动四轮轮椅车□脊柱矫形器 □腰围□护理床 　□偏瘫轮椅车□假眼 □矫形鞋其他： |
| 县（市、区）退役军人事务局意见 | （盖章）年月日 | 市（州）退役军人事务局审核意见 | （盖章）年 月 日 |
| 省退役军人事务厅意见 | （盖章）年 月 日 |
| 申报单位电话 |  | 联系人 |   |

注：此表一式四份，省、市州和县级退役军人事务部门和配置机构各一份备案。