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。