

淮南市工伤辅助器具配置备案申请表

参保地：淮南市

编号：

工伤职工姓名		性别		身份证号		
职工联系电话		工伤发生时间	年 月 日		配置确认结论书编号	
伤残部位				辅助器具名称		
工伤职工现居住地址		省 市 县（区）				
参保单位名称 （建设项目名称）						
申请事项 √选	<input type="checkbox"/> 1. 配置辅助器具备案 <input type="checkbox"/> 2. 更换辅助器具备案 <input type="checkbox"/> 3. 异地配置辅助器具备案					
辅助器具配置机构名称						
淮南市 辅助器具 配置 协议机构 意见	配置项目、使用年限、异地配置原因等： 机构名称： 负责人签字： （协议机构盖章） 年 月 日					
申请人	注意：辅助器具应在工伤保险辅助器具配置服务协议机构进行配置，超出安徽省辅助器具配置目录或者限额部分的配置费用，工伤保险基金不予支付。 工伤职工： 单位经办人： （职工近亲属） （参保单位盖章） 申请人电话： 申请时间： 年 月 日					
工伤保险 经办机构 审核意见	审核意见： 审核人： （经办机构盖章） 年 月 日					

备注：1. 首次配置辅助器具或变更配置项目，应先经市劳动能力鉴定委员会确认；
2. 本市限于技术条件无法配置所需辅具需转往异地配置的，需由本市协议机构出具意见；
3. 申请人为参保单位、工伤职工或职工近亲属之一。