|  |
| --- |
| **工伤职工辅助器具配置申请表** |
| 单位名称： 编号： |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 年 龄  | 　 |
| 身份证号码 | 　 | 工伤保险编号 | 　 | 电 话  | 　 |
| 工伤时间 | 　 | 伤残部位及程度 | 　 |
| 配置项目 | 　 | 家庭住址 | 　 |
| 工伤职工意 见 | 年度标准： 更换年限： 工伤职工签名：  |
| 单位意见 | 经办部门意见： 主管部门意见： 年 月 日 年 月 日 |
| 社保机构意 见 |  (单位盖章)   经办人； 年 月 日  |
|  填表说明：此表一式三份，单位留存一份，配置机构留存一份，经办机构留存一份。 |