|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。 | | | | | | | |