|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 河南省工伤保险辅助器具配置（更换）核定表 | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称： | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 年龄 |  | 社会保障号 |  | | | |
| 联系人 |  | | 联系  电话 |  | | | 联系地址 |  | | | |
| 伤残 部位 |  | | | | | | 配置辅助器具  确认书编号 | | |  | |
| 首次配置时间 |  | | 首次更换时间 | |  | | 上次更换  时间 |  | | 工伤建档 时间 |  |
| 批准异地往返城市 | | 出发城市： 到达城市： | | | | | | 核准 类型 |  | 配置□ 更换□ | |
| 劳动能力鉴定委员会确认的辅助器具配置项目 | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 产品 名称 | | 产品编号 | | 主要部件和材料要求 | | | | 最高支付限额 | | 最低使用年限 |
| 1 |  | |  | |  | | | |  | |  |
| 2 |  | |  | |  | | | |  | |  |
| 3 |  | |  | |  | | | |  | |  |
| 4 |  | |  | |  | | | |  | |  |
| 5 |  | |  | |  | | | |  | |  |
| 根据《工伤保险辅助器具配置管理办法》等有关规定，本人或家属自愿选择的协议辅助器具配置机构为：。 | | | | | | | | | | | | |
| 本人或家属签字： 协议机构经办人 （印章） | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 用人 单位 意见 |  | | | | | | | | | | | |
| （印章） | | | | | | | | | | | |
| 经办人： 审核人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 社会 保险 经办 机构 意见 | 同意按确认的辅助器具项目配置或更换，所需费用按照《河南省工伤保险辅助器具配置目录》相关规定和本年度签订的《服务协议》的有关内容执行。 | | | | | | | | | | | |
| (印章） | | | | | | | | | | | |
| 经办人： 审批人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | |

咨询电话：0391-6636168