|  |
| --- |
| 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