附件2

|  |
| --- |
|  **“爱心助残行动”康复辅具配置辅具审批表**记录编号：HBJZ-QEHS-JL-060-02 序号：060-2024- |
| 姓 名 |  | 性 别 | □男 □女 | 民 族 |  | 年 龄 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 装配类别 | □大腿 □小腿 □护理床 □轮椅车 □沐浴椅 □扭动式助行器 □四脚手杖 |
| 个人情况（附证明材料） | □低保对象□特困供养对象□临时救助对象□低保边缘对象 申请人： 年 月 日 |
| 区/县/市（州）民政局审核意见 | （盖章）年 月 日  |
| 省康复辅具技术中心审批意见 | （盖章）年 月 日  |