**江苏省本级工伤职工配置（维修、更换）辅助器具申请表**

**单位名称（盖章）： 单位经办人：**

**单位代码： 联系电话：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 社会保障卡号 |  |
| 联系电话 |  | 身份证号码 |  |
| 工伤时间 |  | 家庭地址 |  |
| 鉴定时间 |  | 伤残部位 |  |
| 伤残等级 |  | 申请配置项目 |  |
| 前次配置时间 |  | 申请配置机构 |  |
| 工伤职工申请 | 签 字： 年 月 日 | | |
| 参保单位意见 | 经办人： （盖章）年 月 日 | | |
| 工伤处意见 | 经办人： （盖章）年 月 日 | | |
| 社会保险经办机构意见 | **限工伤保险辅助器具配置服务机构进行配置，**  **配置 ①按 元/个**  **②按 元/个**  **③按 元/个**  **予以核报。**  经办人：（盖章） 年 月 日 | | |

**本表一式两份，社会保险经办机构和用人单位各留存一份。**