广东省工伤保险辅助器具配置报备表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤职工信息栏 | 姓名 |  | | | | |
| 证件类型 | □居民身份证 □其他 | | | | |
| 身份证件号码 |  | | | | |
| 联系电话 |  | 近亲属姓名  及联系电话 |  | | |
| 联系地址 |  | | | | |
| 用人单位名称 |  | | | | |
| 工伤认定决定书文（编）号 |  | | | | |
| 医疗机构填写栏 | 医疗机构名称 |  | | | 级别 |  |
| 医疗机构地址 |  | | | 电话 |  |
| 简要描述伤情  及治疗情况 |  | | | | |
| 需要配置的  辅助器具  名称及理由 | 盖章  年 月 日 | | | | |

备注：1．工伤医疗终结后，工伤职工须按照《工伤保险辅助器具配置管理办法》的规定向

参保所在市劳动能力鉴定委员会提出辅助器具配置确认申请，经确认予以配置的，

按照工伤保险有关规定支付费用；

2．本报备表一式五份，工伤职工、用人单位、医疗机构、劳动能力鉴定委员会、经

办机构各一份。