广东省工伤保险辅助器具自行购买申请表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 申报事项确认栏 | 申请自行购买的辅助器具名称 |  |
| 申请主体 | □工伤职工 □工伤职工近亲属 □用人单位 |
| 申请人联系电话 |  |
| 申请自行购买的理由 | 签名或盖章 年 月 日  |
| 用人单位意见 | 盖章 年 月 日  |
| 社会保险经办机构意见 | □同意 根据《广东省工伤保险辅助器具配置目录》， （辅助器具名称）最高支付限额为 元，最低使用年限为 年。超出最高支付限额部分的费用，工伤保险基金不予支付。申请核付费用需提供以下材料:□不同意，理由： 盖章  年 月 日  |

本申请表一式三份，工伤职工、用人单位、经办机构各一份。