重庆市工伤职工配置（更换）辅助器具核付申请表

表5

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 贴照片处 |
| 身份证号 |  | | 工伤时间 | |  |
| 临床诊断 |  | | | | |
| 工伤认定  编号 |  | | 劳动能力鉴定书编号 | |  |
| 联系地址 |  | | 联系电话 | |  |
| 上次配置  机构 |  | | 上次配置项目  及时间 | |  | |
| 劳动能力鉴定辅助器具结论 |  | | | | | |
| 工伤职工申请 | 本人签字：  年 月 日 | | | | | |
| 用人单位  意见 | 用人单位（盖章）  经办人： 年 月 日 | | | | | |
| 申请配置项目 | □初次装配  □更换（注明上次配置时间）  配置项目（名称、数量）： | | | | | |
| 区县经办机构意见 | 核准配置项目：  注：含核准项目的名称、数量、核准支付金额（不超过限价）、最低使用年限。  共核准支付配置费用（大写）：  经办机构（盖章）  年 月 日 | | | | | |

注：本表一式两份，一份区县经办机构存档，一份申请方作为报销依据

重庆市工伤保险职工配置辅助器具告知书

您好！按照国家和我市工伤保险规定，现将我市工伤职工配置辅助器具相关情况告知您：

（一）工伤职工应当到工伤保险协议辅助器具配置机构进行配置。目前重庆市协议辅助器具配置机构有6家供您自主选择，分别是（以下排名不分先后）：中国人民解放军陆军军医大学附属第一医院（西南医院，沙坪坝区高滩岩正街30号）、英中耐（重庆）假肢矫形器有限公司（渝中区中山一路148号七楼）、重庆德林假肢矫形器有限公司（渝中区解放东路127-129号第3层5号）、重庆浩安假肢矫形器有限责任公司（渝中区大坪正街129号四环大厦十三楼）、重庆华康假肢矫形有限公司（渝中区长江滨江路145号2楼）、重庆长亭假肢矫形器有限公司（渝中区长江二路12号创景大厦10楼）。

（二）您确认配置的辅助器具，工伤保险基金规定了最高支付限额，并有最低使用年限要求，具体情况可以查阅您申请表的核付信息。

（三）工伤职工配置辅助器具超目录或者超出限额部分的费用，工伤保险基金不予支付。

（四）其他辅助器具配置事宜可查阅《重庆市人力资源和社会保障局关于调整工伤职工配置辅助器具项目和标准的通知》（渝人社发（2009）228号）。

感谢您对我们工作的理解！

重庆市社会保险局制