#### 广东省工伤保险辅助器具自行购买申请表（样表）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤职工信息栏 | 姓名 | 王小六 | | | |
| 证件类型 | ☑居民身份证 □其他 | | | |
| 身份证件号码 | XXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | |
| 联系电话 | XXXXXXXXXXX | 近亲属姓名  及联系电话 | XXX , XXXXXXXXXXX | |
| 联系地址 | XXXXXXXX | | | |
| 用人单位名称 | XXXXXXXX | | | |
| 工伤时间 | XXXX年XX月XX日 | 工伤认定时间 | | XXXX年XX月XX日 |
| 工伤认定决定书  文（编）号 | XXXXXXXX | 伤残部位 | | XX |
| 申报事项确认栏 | 申请自行购买的  辅助器具名称 | 假发 | | | |
| 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 | 王小六，189XXXXXXXXX | | | |
| 申请自行购买的  理由 | 因在东莞市工伤保险辅助器具配置协议机构不能配置假发，现申请自行购买。  签名或盖章  XXXX年 XX 月 XX 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 | | | | |