广东省工伤保险辅助器具配置费用核付通知单

业务流水号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 证件号码 |  | | | | |
| 工伤责任单位名称 | |  | | 性别 |  | | 年龄 |  |
| 工伤参保地 | |  | | 联系电话 | |  | | |
| 联系地址 | |  | | | | | | |
| 劳动能力鉴定（确认）结论书编号 | |  | | 工伤认定书编号 | |  | | |
| 辅助器具1 | | | | | | | | |
| 核付配置类型 | | □安装 □维修 □更换 | | 核付配置项目 | |  | | |
| 最高支付限额 | | 元 | | 最低使用年限 | | 年 | | |
| 辅助器具2 | | | | | | | | |
| 核付配置类型 | | □安装 □维修 □更换 | | 核付配置项目 | |  | | |
| 最高支付限额 | | 元 | | 最低使用年限 | | 年 | | |
| 辅助器具3 | | | | | | | | |
| 核付配置类型 | | □安装 □维修 □更换 | | 核付配置项目 | |  | | |
| 最高支付限额 | | 元 | | 最低使用年限 | | 年 | | |
| 事项告知 | | 1.有下列情形之一的，不予支付配置费用：  （1）未经劳动能力鉴定委员会确认，自行配置辅助器具的；  （2）在非协议机构配置辅助器具的；  （3）配置器具超目录或者超出限额部分的；  （4）违反规定更换辅助器具的。  2.工伤职工可选择以下我市的协议机构配置辅助器具：   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **序号** | **机构名称** | **地 址** | **辅助器具服务项目** | | 1 | 德林义肢矫形康复器材（深圳）有限公司 | 东莞办事点：东莞市万江区莫屋茗茶汇广场7楼 | 假肢、矫形器装配服务 | | 2 | 广东省假肢康复中心 | 广州市海珠区新湾西路立新东街17号 | 假肢、矫形器 | | 3 | 广州博尔特假肢矫形器有限公司 | 广州市白云区夏花一路411号君和商务大厦7层 | 假肢、矫形器 | | 4 | 广东省工伤康复医院 | 广州市白云区启德路68号、从化温泉镇温泉东路117号（从化院区） | 假肢、矫形器、生活类辅助器具、假耳、假鼻、假乳装配服务 |   3.工伤职工到市外境内的辅助器具配置协议机构配置辅助器具的，按照广东省人民政府规定的标准由工伤基金支付交通、食宿费用。  温馨提示：假牙需在我市工伤保险医疗服务协议机构（名单可登陆http://dghrss.dg.gov.cn/sbzw/网站查询）配置，均需提供劳动能力鉴定委员会出具的鉴定结论或确认意见。 | | | | | | |
| **本人已知晓本通知单所述内容，并承诺按相关规定予以装配辅助器具。**  申请人确认签收：  年 月 日 | | | | | | | | |
| **备 注** |  | | | | | | | |

经办： 复核： 年 月 日 （盖章）

本通知单一式四联，一联交协议机构，一联个人留存作报销使用，一联交用人单位，一联社保经办机构存档。