昆明市工伤职工辅助器具配置申请表（表九）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身 份 证 号 |  |
| 伤残部位 |  | 年龄 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位 |  | | | 上次辅助器具安装（更换）时间 |  |
| 配置器具  名称 |  | | | | |
| 申请配置理由 |  | | | | |
| 工伤协议医院及  医生意见 | 配置辅具编码：  （盖章）  主治医师（康复师）： 年 月 日 | | | | |
| 劳动能力鉴定委员会意见 | 经鉴定确认，该工伤职工可以配置（更换）云南工伤保险辅助器具配置项目标准》中编码为 的辅助器具，用人单位、工伤职工或其亲属对本确认结论不服的，可在收到本结论之日起15日内向当地劳动能力鉴定委员会申请再次确认。  （盖章）  经办人： 年 月 日 | | | | |
| 申请人  信息 | 联系电话（必填）： （电话1） （电话2）  邮寄地址（必填）：   * **为保障您的合法权益，请准确填写联系地址和联系电话，如果该信息填写错误，导致鉴定结论无法准确送达的，自行承担一切后果。** | | | | |

注：鉴定结论均采用邮寄方式送达，请准确填写联系方式。咨询电话：12333-2。