

湖南省福利彩票公益金资助困难家庭  
肢残人员装配假肢项目申请表

姓 名		性别		裸露残肢 全身照片 (3 寸)
年 龄		职业		
家庭住址				
身份证号码				
联系电话				
伤残时间				
截肢原因				
资助对象类别	<input type="checkbox"/> 低保家庭、特困人员中的肢残人员 <input type="checkbox"/> 县（市）级民政部门认定的因疾病、灾难或意外事故等导致家庭困难的肢残人员			
申请安装假肢类型	<input type="checkbox"/> 左侧 <input type="checkbox"/> 右侧； <input type="checkbox"/> 肩离断假肢 <input type="checkbox"/> 上臂假肢 <input type="checkbox"/> 前臂假肢 <input type="checkbox"/> 腕离断假肢； <input type="checkbox"/> 髋关节离断假肢 <input type="checkbox"/> 大腿假肢 <input type="checkbox"/> 小腿假肢 <input type="checkbox"/> 半掌脚假肢			
肢残人员本人签名：		日期：		
所在社区、村委会或乡、镇（街道）意见	(盖章) 年    月    日	县（市）级民政部门意见	(盖章) 年    月    日	
省康复辅具技术指导中心技术审查意见	(盖章) 年    月    日	民政厅主管处室意见	(盖章) 年    月    日	

注：1、申请表须填写清晰工整，凡有□标志的，请在符合条件处打√。  
2、申请表一式一份，用于省康复辅具技术指导中心台帐备案。  
3、申请项目资助的肢残人员须提供本人身份证复印件、残疾证复印件和裸露残肢全身彩照（3 寸）各一份。  
4、省康复辅具技术指导中心地址：长沙市天心区中意二路湘康街 16 号，联系人：肖婷 戚英姿 电话（传真）：0731- 84721083