

附件 2

湖南省福利彩票公益金资助贫困家庭
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	☐ 建档立卡贫困户、低保家庭、特困人员中的肢残人员 ☐ 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贫困的肢残人员			
申请安装假肢类型	☐ 左侧 ☐ 右侧; ☐ 肩离断假肢 ☐ 上臂假肢 ☐ 前臂假肢 ☐ 腕离断假肢; ☐ 髋关节离断假肢 ☐ 大腿假肢 ☐ 小腿假肢 ☐ 半掌脚假肢			
肢残人员本人签名:		日期:	鞋子尺码:	
所在社区、村委会或乡、镇(街道)意见	(盖章) 年 月 日	县(市)级民政或残联部门意见	(盖章) 年 月 日	
省养老服务和康复辅具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, 用于省养老服务和康复辅具指导中心台帐备案。
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、省养老服务和康复辅具指导中心地址: 长沙市天心区中意二路湘康街 16 号, 联系人: 肖婷 电话(传真): 0731- 84721083