**北京瑞祺祥假肢矫形器康复辅具中心**

**贫困残疾人免费安装假肢申请表**

 （ 年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 户口类别 | □农业户□非农业户 | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | 残疾人证 号 |  |
| 残疾类别 | 肢体（ 偏瘫○ 截瘫○ 脑瘫○ 截肢○ 儿麻○ ） | 残疾等级 | □一级 □二级□三级 □四级 |
| 监护人姓名 |  | 与患者关系 |  | 联系电话 |  |
| 监护人家庭地址 |  | 邮政编码 |  |
| 家庭经济状况 | □城乡低保对象□农村领取社会救济金□家庭经济困难 | 享受医疗保险情况 | □享受城乡居民基本医疗保险□享受城镇职工基本医疗保险□享受其它保险□无医疗保险 |
| 曾使用假肢情况 | 原假肢类型： 来源：使用时间： 年 月 日 至 年 月 日 |
| 申请装配假肢类型 | 左：□上臂 □小臂 □大腿 □小腿 □膝离断 | 右：□上臂 □小臂 □大腿 □小腿 □膝离断 |
| 申请人： | 申请时间： 年 月 日 |
| 病史 |  | 手术史 |  |
| 受助人在此承诺：以上表格内填写的内容和提供的相关材料证明及证件都是合法且真实有效的，若因提供的内容、相关证明及证件虚假而造成的后果由受助人本人或其监护人承担，与北京瑞祺祥假肢矫形器康复辅具中心无关，我中心概不负责。 承诺人：  日期： |

注：此表由救助对象或其监护人填写，申请时需提供本人身份证或户口本原件及复印件，残疾证原件及复印件、医学诊断证明原件及复印件，贫困证明原件及复印件、低保证明原件及复印件。