广东省工伤保险辅助器具异地配置申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤职工信息栏 | 姓名 |  | | |
| 证件类型 | □居民身份证 □其他 | | |
| 身份证件号码 |  | | |
| 联系电话 |  | 近亲属姓名  及联系电话 |  |
| 户籍地址 |  | | |
| 现居住地址 |  | | |
| 用人单位名称 |  | | |
| 工伤认定决定书文（编）号 |  | | |
| 辅助器具配置结论书文（编）号 |  | | |
| 申报事项确认栏 | 申请事项 | □异地配置辅助器具确认 | | |
| □异地配置辅助器具及对拟发生的交通费用申请按规定报  销的确认 | | |
| 申请异地配置的辅助器具名称 |  | | |
| 申请主体 | □工伤职工 □工伤职工近亲属 □用人单位 | | |
| 申请人  联系电话 |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 如需对拟发生的交通费用申请按规定报销确认的，请填写起止地点 | 出发地： 目的地： | | | |
| 出发地： 目的地： | | | |
| 申请异地配置的理由（如需对拟发生的交通费用申请按规定报销确认的，请一并填写理由） | 签名或盖章  年 月 日 | | | |
| 用人单位意见 | 盖章  年 月 日 | | | |
| 异地工伤保险辅助  器具配置协议机构  的情况及意见 | 名称： | | | |
| 地址： | | | |
| 级别 |  | 联系电话 |  |
| 本协议机构属于 省 市 统筹地区 | | | |
| 意见：  盖章  年 月 日 | | | |
| 社会保险  经办机构意见 | 盖章  年 月 日 | | | |

备注：1．本表“异地配置”是指参加工伤保险的工伤职工到所在市以外的社会保险经办机构

签订的协议机构配置辅助器具的情形；

2．本申请表一式四份，工伤职工、用人单位、协议机构、经办机构各一份。