附件4

中山市残疾人辅助器具适配表

适配机构名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 年龄 |  | | 学历 | |  |
| 残疾类别及等级 | | |  | | | 残疾人证号或残疾军人证号 | | |  | | |
| 适配项目 |  | | | | | | | | | | |
| 适配辅具名称 |  | | 型号 |  | | | 生产或销售  企业 | | |  | |
| 数量 |  | | |
| 使用训练项目 |  | | | 使用训练时间 | | | | | |  | |
| 适配效果 |  | | | | | | | | | | |
| 总体效果 |  | | | | | | | | | | |
| 总费用  （含服务费）（元） |  | 申请补贴  金额  （元） | | |  | | | 自付金额  （元） | | |  |
| 服务对象确认 | 签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | |

适配人员签名： 年 月 日