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