附件2：

长春市双阳区残疾人基本型辅助器具适配

定点服务机构申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报机构名称 | |  | | | | | |
| 机构地址 | |  | | | | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | | | | |
| 机构性质 | | □非营利性 □营利性 | | | | 法定代表人 |  |
| 联系电话 | |  | | | | 申报时间 |  |
| 机构资质（许可） | |  | | | | | |
| 机构资质（许可）证号 | |  | | | | | |
| 成立时间 | |  | | | | 员工数量 |  |
| 机构申报  辅助器具  适配种类 | 类型 | □视力 | □听力 | □肢体 | | | □智力和精神 |
| 内容 | □助视器 | □助听器  □人工耳蜗 | □行动类辅助器具  □如厕辅助器具  □生活类辅助器具 | | □矫形器  □假肢  □矫形鞋 | □定位装置 |
| 服务场地面积 | |  | | | 业务场地面积 |  | |
| 专家审核意见 | | 审核人签字：  （盖章）  年 月 日 | | | | | |

注：此表一式两份（区残联和定点服务机构各执一份）