附件16

职业伤害保障跨省异地配置辅助器具备案表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新就业形态人员基本信息 | 姓名 |  | | | | 性别 | |  |
| 公民身份号码 |  | | | | 受伤部位 | |  |
| 认定职业伤害决定书文（编）号 |  | | | | 辅助器具配置结论书文（编）号 | |  |
| 配置费用核付通知单文（编）号 |  | | | | 联系电话 | |  |
| 联系地址 |  | | | | | | |
| 备案信息 | 备案类别 | | □新增 □变更 | | | | | |
| 人员类别 | | □异地长期居住人员□转诊转院人员 | | | | | |
| 申请人  基本信息 | □本人 □新就业形态人员近亲属 | | | | | | | |
| 近亲属姓名 |  | | | | 近亲属公民身份  号码 | |  |
| 近亲属联系方式 |  | | | | | | |
| 申请人：  （指印/章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 辅助器具基本信息 | 辅助器具名称 | | |  | | | | |
| 最低使用年限 | | |  | 最高支付限额 | |  | |
| 配置地 | 省（自治区、直辖市） 市（县、区） | | | | | | | |
| 职业伤害确认所在区经办机构意见 | □同意 □不同意 （理由）  备案有效期： 年 月 日至 年 月 日  （经办机构盖章）  经办人： 年 月 日 | | | | | | | |

备注：1.本表一式二份，经办机构留存一份，申请人留存一份；

2.本表供新就业形态人员及其近亲属申请备案使用，新就业形态人员近亲属申请的，另须提供其有效身份证明和与新就业形态人员的关系佐证材料，新就业形态人员委托他人申请的，另须提供授权委托书；

3.转诊转院新就业形态人员另须提供参保地规定的转诊转院意见；

4.异地长期居住新就业形态人员，居住地为户籍所在地的另须提供户籍相关材料、居住地为非户籍所在地的须提供居住证、村（居）委会证明等长期居住佐证材料；

5.需要配置多项辅助器具的，分别填写辅助器具名称、最低使用年限和最高支付限额。