附件17

职业伤害人员配置辅助器具核付通知单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号码 |  | 性别 |  |
| 职业伤害确认结论书编号 |  | 职业伤害人员配置辅助器具确认通知书编号 |  |
| 现居住地址 |  | 联系电话 |  |
| 配置辅助器具项目信息 |
| 项目代码 | 项目名称 | 数量 | 金额 | 总金额 | 年限 | 初次或上次配置更换日期 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 温馨提示：配置辅助器具应到本市工伤保险辅助器具配置协议机构进行配置。本市辅助器具配置机构有： 。同一项目不得在多家工伤保险辅助器具配置协议机构重复配置。 |
| 经办机构经办人签字： 经办日期： | 经办机构业务章：（签章） 经办日期： |

网申流水号： 校验码：