附件1：

省直残疾人家庭辅助器具需求调查表

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 残疾类别 |  | 年龄 |  |
| 住房分类 | 楼房 | 平房 | 残疾证号 |  |
|  |  |
| 住址 |  |
| 联系人 |   | 联系电话 |  |
| 需求项目 | 辅具名称 | 单位 | 申请数量 |
| 1、洗浴坐便两用椅 | 套 |  |
| 2、多功能电子盲杖 | 支 |  |
| 3、电子闪光门铃 | 个 |  |
| 4、残疾人用移动洗澡机 | 台 |  |
| 5、卫生间安装U型扶手 | 套 |  |
| 6、卫生间安装L型扶手 | 套 |  |
| 7、可升降晾衣架 | 个 |  |
| 备注 |   |

注：1、申请人每套辅助器具只能申请一套，不能重复申请。

2、如无残疾人证，请注原因。