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。