附件3

北京市 区残疾军人康复辅助器具

配置通知单

 (配置机构名称)：

兹有我区残疾军人 XXX 前往你单位配置（维修、更换）伤残辅助康复器具，请按规定办理，并填写以下配置情况，签字盖章后连同发票等相关材料到我局结算。（有关情况见下表）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 出生日期 |   | 残疾证号 |   |
| 伤残性质 |   | 伤残等级 |   | 电 话 |   |
| 身份证号 |   | 住 址 |   |
| 伤残部位 |   |
| 上次配置器具名称、时间 |  | 本次配置器具类别、名称 | 初次配置□ 维修□ 更换□     |
| 审批意见 |  | 联系人 |  | 电话 |  |
| 配置方案依据及告知残疾军人注意事项情况（配置机构） | 告知人签字： 残疾军人签字： 年 月 日 |
| 实际配置情况 | 配置机构负责人签字（机构印章）： 残疾军人签字： 年 月 日 |
| 资 金 | 小写 元整 | 大写： |
| 评 价 | （由残疾军人对配置机构服务作出评价）很满意 满意 较满意 不满意  |
| 备 注 | 此表一式四份：区民政部门、配置机构、个人各一份，市民政部门备案一份。 |