**上海市成年听力障碍者适配助听器申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | 张三 | | | | | | 性 别 | | 男 | | | 出生日期 | | | | 1965年 1 月 1日 | | | | | | | |
| 身份证编号 | | 3 | 1 | 0 | × | | × | × | × | × | | × | × | × | | × | × | × | | × | | × | × | × |
| 户籍地址 | | ×区×路×弄×号×室 | | | | | | | | 邮编 | | | 200001 | | | | 低保 | | √是 □否 | | | | | |
| 现居住地址 | | ×区×路×弄×号×室 | | | | | | | | 邮编 | | | 200001 | | | | 联系电话 | | 1380000000 | | | | | |
| 是否初次佩戴助听器 | | | | | | | | | | □是 √否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请原因：  申请人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | 街（镇）残联意见：  审核人  街（镇）残联盖章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 区（县）残疾人辅助器具服务中心意见：  审核人：  区（县）残疾人辅助器具服务中心盖章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定助听器技术服务机构：  □ 瑞声达听力设备贸易（上海）有限公司售后服务中心  □ 西门子听力仪器（苏州）有限公司上海办事处  □ 峰力听力技术（上海）有限公司  □ 斯达克听力技术（苏州）有限公司 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 确认型号 |  | | | | | 市承担金额 | | | | |  | | | | 个人承担金额 | | | | | |  | | | |
| 验配时间 |  | | | | | 适配对象签字确认已收到助听器 | | | | |  | | | | 确认收货时间 | | | | | |  | | | |
| 经手人：  指定助听器技术服务机构盖章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注：1、本表由申请人填写，一式两份，由区（县）残联、助听器技术服务机构各留存一份；（此表格及附件均用A4纸复印）

2、申请表后附本人身份证复印件及区（县）残联指定评估机构出具的“上海市成年听力障碍者配发助听器评估报告书”；

3、助听器技术服务机构应在7个工作日内完成助听器制作，发放助听器时由适配对象在“申请表”上签字确认。