附件2

普及型假肢配置及救助性康复申请

本人姓名： ，性别 ，年龄 ，民族 ，身份证号： ，电话： ，家庭住址： （市、县） 乡（镇） （社区、村），因**□**肢体缺失、**□**肢体功能障碍，给本人生活、工作以及回归社会造成了很大的困难，又因家庭经济困难，现特申请项目资助：

**□**免费配置普及型假肢 **□**免费救助性康复

申请人：

年 月 日

**注：项目资助对象范围见背面，请按范围所列注明对象类别。**

项目资助对象范围

一、免费配置普及型假肢对象

（一）户籍在贵州省行政区域内，符合假肢配置条件的下列人员中的截肢者经申报批准，可免费配置普及型假肢：

1. 特困供养人员患者；2.孤儿、事实无人抚养儿童、农村留守儿童困境儿童患者；3.城乡低保患者；4.城乡低收入患者及其他困难患者；5.脱贫不稳定人口患者；6.农村边缘易致贫人口患者；7.特殊教育学校学生中家庭生活困难患者；8.见义勇为患者，对国家、社会有重大贡献的患者；9.其他持有第二代残疾人证家庭生活困难的患者。

（二）受益对象中原已享受过免费普及型假肢配置的，原则上两年内不再免费配置。但其中年龄未满十八周岁的生长发育期对象，可每年享受一次免费普及型假肢配置。

二、免费救助性康复对象

（一）户籍在贵州省行政区域内，符合住院康复条件的下列人员中的肢体功能障碍患者，经申报批准可获项目资助在指定医院接受免费住院康复治疗：

1.特困供养人员患者；2.孤儿、事实无人抚养儿童、农村留守儿童困境儿童患者；3.城乡低保患者；4.城乡低收入患者及其他困难患者；5.脱贫不稳定人口患者；6.农村边缘易致贫人口患者；7.特殊教育学校学生中家庭生活困难患者；8.见义勇为患者，对国家、社会有重大贡献的患者；9.其他持有第二代残疾人证家庭生活困难的患者。

（二）上述人员原已享受过本项目免费康复治疗的，原则上两年内不予享受项目资助。但其中年龄未满八周岁的患儿，可每年享受一次免费康复治疗。