**苏州市工伤保险辅助器具配置机构定点协议管理申请表**

申请机构：

申请时间 ：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 辅助器具配置机构名 称 | |  | | |
| 统一社会信用代码 | |  | 单位社保编号 |  |
| 法 定 代 表 人 | |  | 公民身份号码 |  |
| 主 要 负 责 人 | |  | 公民身份号码 |  |
| 经 营 方 式 | | 连锁□ 单体□ | 注册资金  （万元） |  |
| 营业地址 | | 姑苏区□高新区(虎丘区)□吴中区□相城区□工业园区□  吴江区□张家港市□常熟市□昆山市□太仓市□ | | |
| 经 营 范 围 | |  | | |
| 联 系 人 | |  | 联系电话 |  |
| 单位开户银行 | |  | 银行账号 |  |
| 员工数量 | | 职工总数（不含实习生） 人。 | | |
| 其中：本店苏州市（含辖区和县级市）  在职参保 人，退休（返聘） 人。 | | |
| 专业  人员  性质 | 假肢制作师和假肢装配工 | 共 人，其中：  假肢制作师 人，假肢装配工 人。 | | |
| 矫形器制作师和矫形器装配工 | 共 人，其中：  矫形器制作师 人，矫形器装配工 人。 | | |
| 相关从业人员 | 共 人，其中：  医疗康复功能训练人员 人，其他相关操作人员 人，相关管理人员 人。 | | |
| 营 业 面 积 | | ㎡ | | |
| 辅助器具配置品种 | | 种 | | |
| 申请  单位  意见 | | 我单位自愿承担苏州市工伤保险辅助器具配置服务，申请成为工伤保险辅助器具定点机构，并对以下事项作出承诺：  1.承诺知晓申请定点的相关流程和要求，所提供的资料及证明材料真实完整。  2.承诺本单位如提供的材料与事实不符，将承担提供虚假材料所造成的一切后果。  3. 如签订服务协议，承诺严格按照工伤保险政策和协议要求规范提供工伤保险辅助器具配置服务，如有违规行为，将承担相应责任。  申请单位印章：  法定代表人签字：  年 月 日 | | |

**填写说明：**

一、该表填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、申请单位提交本申请书时，要携带以下材料：

1.辅助器具生产装配企业资格认定证书原件及复印件；

2.假肢制作师执业证书原件及复印件、假肢装配工民政行业特有工种职业资格证书原件及复印件；

3.矫形器制作师和装配工执业证书原件及复印件、矫形器装配工民政行业特有工种职业资格证书原件及复印件；

4.企业所能配制的辅助器具服务项目、费用限额、保修年限与使用年限；

5.工伤康复协议（定点）机构同时还需提供与其合作并符合条件的辅助器具生产装配企业的相关资料；

6.近三年工伤保险辅助器具配置和收支情况说明原件

7.《江苏省社会法人信用信息查询报告》原件。

8.企业人员参保缴费记录凭证。

备注：上述材料均需加盖申请单位公章。

**表1：苏州市辅助器具配置机构从业人员名册**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 人员性质 （在职、退休） | 身份证号码 | 岗位 | 合同类型 | 劳动合同(劳务协议)期限 | 参保状态 |
| 1 |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |  |

单位名称（盖章）： 申报时间 年 月 日

**表2：苏州市辅助器具配置机构配置器具名单**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 辅助器具品种名称 | 类型 | 数量 | 备注 |
|  | 合计（ ）种 |  |  | 详见清单 |
| 1 | 品种清单附电子档 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |

注：类型分为假肢、矫形器、生活类辅助器具、其他辅助器具。（详见《江苏省工伤保险辅助器具配置目录及最高支付限额（试行）》（苏人社发〔2017〕413号））

单位名称（盖章）： 申报时间 年 月 日