

## 附件 4

### 上海市人工耳蜗言语处理器更新申请表

|              |      |  |          |  |
|--------------|------|--|----------|--|
| 申请对象<br>基本情况 | 姓名   |  | 性别       |  |
|              | 身份证号 |  |          |  |
|              | 联系人  |  | 联系电话     |  |
|              | 户籍地址 |  |          |  |
| 监护人          | 姓名   |  | 与申请对象的关系 |  |
|              | 联系电话 |  | 身份证号     |  |

  

申请者人工耳蜗植入日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
 植入品牌：\_\_\_\_\_

本次申请人工耳蜗言语处理器品牌：\_\_\_\_\_  
 型号：\_\_\_\_\_

本人了解上海市人工耳蜗言语处理器更新政策,办理申请救助所提交的全部材料均真实、有效,无虚假欺骗和隐瞒,如存在不实之处,愿承担相应法律责任。

申请对象监护人(申请人)签名:  
 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

|                                                                |  |                                 |                                                           |               |  |
|----------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------|--|
| 街道（乡镇）残联审核意见：<br><br>审核人：<br>盖章            年        月        日 |  |                                 | 区残联审核意见：<br><br>审核人：<br>盖章            年        月        日 |               |  |
| 供应商名称：                                                         |  |                                 |                                                           |               |  |
| 确认型号                                                           |  |                                 | 序列号                                                       |               |  |
| 总金额(元)                                                         |  | 补贴金额<br>(元)                     |                                                           | 个人承担金<br>额(元) |  |
| 调机时间                                                           |  | 监护人签字<br>确认已收到<br>人工耳蜗言<br>语处理器 |                                                           | 确认收货时<br>间    |  |
| 经手人：<br>供应商盖章<br>日期：        年        月        日                |  |                                 |                                                           |               |  |

- 注：1. 申请时申请人需携带人工耳蜗植入的出院小结；
2. 申请人凭此表及相关证明材料向户籍所在地残联申请体外言语处理器更新；
3. 本表一式三份，由区残联、街道（乡镇）残联、供应商各自留存。