

山东省工伤职工辅助器具项目与费用限额标准

项目	单位	使用年限	费用限额(元)	备注	
上肢项目	肩离断假肢	具	4	15000	含训练费
	上臂假肢	具	4	12000	
	肘离断假肢	具	4	10000	
	前臂假肢	具	4	8000	
	腕离断假肢	具	4	6000	
	掌部假肢	具	4	1500	
	假手指	只	4	300	
下肢项目	髌离断假肢	具	4	15000	含训练费
	大腿假肢	具	4	11000	含训练费
	膝离断假肢	具	4	11000	含训练费
	小腿假肢	具	4	7000	含训练费
	踝离断假肢	具	4	6000	含训练费
	足部假肢	具	3	2000	
矫形产品	腰胸矫形器	具	5	800	
	颈托	具	5	200	
	颈胸矫形器	具	5	800	
	中胸矫形器	具	5	800	
	足部矫形器	具	2	400	
	矫形鞋	双	3	500	
其他项目	假眼	具	5	800	
	矫正眼镜	副	5	300	
	假牙	付	5	300	
	助听器	具	5	2000	
	拐杖	付	10	100	
	轮椅	辆	10	600	

注：费用标准下限控制在60%以上。

附件2

配置辅助器具申请确认表

被鉴定人	姓名		性别		出生年月		照片
	身份证号码				是否参加工伤保险		
	通讯地址						
	工伤认定部位			工伤认定书编号			
	临床诊断						
用人单位	单位名称						
	联系人			联系电话		传真	
	通讯地址						
本人申请理由	(章) 年 月 日						
医疗卫生专家组意见	签字 年 月 日						
劳动能力鉴定委员会意见	根据国家和省有关规定，经劳动能力鉴定委员会医学专家组鉴定，现确认宜配置：						
	(章) 年 月 日						

附件3

配置辅助器具确认通知书

姓 名		性 别		身 份 证 号 码	
劳动能力 鉴定委员 会意见	<p>经审核，确认该职工可以配置 辅助器具。</p> <p>应持本通知到工伤保险经办机构领取《工伤职工配 置更换辅助器具核准表》，到工伤保险经办机构指定 的辅助器具配置机构进行配置。</p> <p style="text-align: center;">（章）</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>				

备注	
----	--