|  |  |
| --- | --- |
|   | **QUYỀN HẠN, CHỨC VỤ CỦA NGƯỜI KÝ***(Chữ ký, dấu)***Họ và tên** |

####

#### **Mẫu số 40**

|  |  |
| --- | --- |
| ………………**TÊN CƠ QUAN, ĐƠN VỊ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Số: …../GCĐ-…. | *…, ngày … tháng … năm …* |

**GIẤY KHÁM VÀ CHỈ ĐỊNH**

**Sử dụng phương tiện trợ giúp, dụng cụ chỉnh hình, phương tiện,**

**thiết bị phục hồi chức năng**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ông (bà):

Ngày tháng năm sinh: Nam/Nữ:

CCCD/CMND số: Ngày cấp Nơi cấp

Nơi thường trú:

Đang hưởng trợ cấp:

Tỷ lệ tổn thương cơ thể (nếu có) …..% *(Bằng chữ:……………………….)*

Tình trạng thương tật/bệnh tật:

Với tình trạng thương tật/bệnh tật hiện tại thì Ông (bà)................................ cần phải sử dụng phương tiện trợ giúp, dụng cụ chỉnh hình, phương tiện, thiết bị phục hồi chức năng như sau:

|  |  |
| --- | --- |
| **Số TT** | **Loại phương tiện trợ giúp, dụng cụ chỉnh hình, phương tiện, thiết bị phục hồi chức năng** |
| 1 |   |
| 2 |   |
| … |   |
| *…, ngày ... tháng ... năm ...***NGƯỜI CHỈ ĐỊNH***(Ký, ghi rõ họ và tên)* | *..., ngày ... tháng ... năm ...***THỦ TRƯỞNG CƠ QUAN, ĐƠN VỊ***(Chữ ký, dấu)***Họ và tên** |