**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 ...* | *..., ngày... tháng … năm …* |
| **NGƯỜI CHỈ ĐỊNH** *(Ký, ghi rõ họ và tên)* | **THỦ TRƯỞNG CƠ QUAN, ĐƠN VỊ** *(Chữ ký, dấu)* **Họ và tên** |