附件1

沙坡头区残疾人两项补贴审核审批表

申请时间： 年 月 日 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 残疾人  基本  情况 | 姓 名 |  | | | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 身份证号 |  | | | | 户口性质 | 农业（ ） 非农（ ） | |
| 残疾人证号 |  | | | | | | |
| 残疾等级 |  | | | | 残疾类别 |  | |
| 家庭类别 | 低保家庭（ ） 低收入家庭（ ） | | | | | | |
| 银行账户 | 开户人姓名 | |  | | 开户银行 |  | |
| 银行卡号 | |  | | | | |
| 户籍所在地 | 市 县（市、区） 乡镇（街道） | | | | | | |
| 详细住址 |  | | | | | | |
| 与委托申请人关系 | |  | | | 联系电话 |  | |
| 委托  申请人  基本  情况 | 姓 名 |  | | | | 性 别 |  | |
| 身份证号 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 详细住址 |  | | | | | | |
| 残疾人  申请 | 本人申请困难残疾人生活补贴（ ）、重度残疾人护理补贴（ ），所报材料有  不实，同意审批机构追回已发补贴。  申请人（委托申请人）  签 字：  年 月 日 | | | | | | | |
| 乡镇  （街道） 审核  意见 | 经审核应享受：  1、重度残疾人护理补贴（ ） 金额 元/月  2、困难残疾人生活补贴（ ） 金额 元/月  经办人： （签字） 联系电话：  年 月 日 | | | | | | | |
| 乡镇  （街道） 审批  意见 | 负责人： （签字） 乡镇人民政府  （街道办事处）盖章  年 月 日 | | | | | | | |

备注：1.此表 1 式 3 份，县级民政部门、残联及乡镇（街道）各存档1 份。

2.在表中内容确定为是的（ ）内打√