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√