

附件 2

_____年沙坡头区残疾人残疾评定补贴申请表

申请人 信息	姓 名		性 别		联系电话	
	残疾类别		残疾等级		办证时间	
	残疾人证号					
	住 址					
	银行一卡通或 银行卡号				开户行	
申请条 件	☐ 新办理取得残疾人证		(证明材料附后)			
	☐ 残疾类别变更或者等级变更		(证明材料附后)			
	☐ 残疾证到期要求重新评定		(证明材料附后)			
	☐ 残疾人证迁移要求重新评定		(证明材料附后)			
	☐ 人证相符存疑要求重新评定		(证明材料附后)			
	☐ 要求二次评定的		(证明材料附后)			
	☐ 重新评定改变初始评定、二次评定的		(证明材料附后)			
监 护 人 信 息	姓 名			联系电话		
	联系电话			与其关系		
	银行一卡通或 银行卡号			开户行		
沙坡 头区 残联 审核 意见	补贴金额	_____元			申请人(监护人):(签字) 年 月 日	

备注：申请表后需同时附残疾人证、申请补贴提供的资料，存档备查。