

附件3

_____年度残疾人残疾评定补贴汇总表

填报单位：_____（盖章）

序号	姓 名	残疾人证号	户籍地址	联系电话	补贴金额	监护人姓名	申请条件
			××乡(镇、街道) ××村(社区)				
补贴资金合计:							

单位负责人: _____ 经办人: _____ 年 月 日