曲靖市困难残疾人生活补贴申请审核登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 | |
| 身份证号 |  | | | 残疾等级 |  |
| 残疾人证号 |  | | | 户籍性质 |  |
| 家庭地址 |  | | | 联系电话 |  |
| 银行账号 |  | | | 开户银行 |  |
| 申请人及家庭成员享受低保情况 | 1.是否享受低保待遇： 享受□ 不享受□ | | | | | | |
| 2.享受低保待遇类别： 农村低保□ 城市低保□ | | | | | | |
| 家庭共计\_\_\_\_\_\_人于\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月享受低保，每人每月补助\_\_\_\_\_元，合计月户补助\_\_\_\_\_元。  低保证编号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| 申 请 理 由 及 诚 信 承 诺 | 注：由申请人或委托人填写。  诚信承诺：本人承诺，以上情况完全属实，如有变化将及时、主动进行申报，如有弄虚作假，愿意按照有关规定接受处罚。    申请人（委托人）签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 乡镇（街道）初审意见 | 经调查，同意\_\_\_\_\_\_自\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月起领取困难残疾人生活补贴，每人每月\_\_\_\_\_元。  初审人签名： 乡镇（街道）盖章： 年 月 日 | | | | | |
| 县残联审核意见 | 经复查，同意\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_的意见，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_自\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月起开始领取困难残疾人生活补贴，每月\_\_\_\_\_元。  审核人签名： 县残联组织盖章： 年 月 日 | | | | | |
| 县级民政部门审定意见 | 经审查，同意\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_的意见，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_自\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月起领取困难残疾人生活补贴，每月\_\_\_\_\_元。  审批人签名： 县民政部门盖章： 年 月 日 | | | | | |
| 时 间 | 困难残疾人生活补贴（调整变更情况） | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| 停止发放  时间及原因 |  | | | | | |

备注：本表一式三份，县民政部门、县残联、乡镇（街道）各一份存档曲靖市重度残疾人护理补贴申请审核登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 | |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 | |
| 身份证号 | |  | | | 残疾等级 |  |
| 残疾人证号 | |  | | | 户籍性质 |  |
| 家庭地址 | |  | | | 联系电话 |  |
| 银行账号 | |  | | | 开户银行 |  |
| 申请人基本情况及经济支出 | | 1. 残疾类别：视力残疾□ 听力残疾□ 言语残疾□ 肢体残疾□   智力残疾□ 精神残疾□ 多重残疾□ | | | | | | |
| 2.是否需要6个月以上长期照护： 是 □ 否 □ | | | | | | |
| 3.致残时间：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月（至今满\_\_\_\_年） | | | | | | |
| 4.照护所需经济支出：特殊护理消费用支出\_\_\_\_\_\_\_元/月，照护服务支出\_\_\_\_\_\_元/月，两项合计月支出\_\_\_\_\_\_\_\_元。 | | | | | | |
| 申 请 理 由 及 诚 信 承 诺 | | 注：由申请人或委托人填写。  诚信承诺：本人承诺，以上情况完全属实，如有变化将及时、主动进行申报，如有弄虚作假，愿意按照有关规定接受处罚。    申请人（委托人）签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 乡镇（街道）初审意见 | 经调查，同意\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_自\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月起领取重度残疾人护理补贴，每月\_\_\_\_\_元。  初审人签名： 乡镇（街道）盖章： 年 月 日 | | | | | | |
| 县残联审核意见 | 经复查，同意\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_的意见，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_自\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月起领取重度残疾人护理补贴，每月\_\_\_\_\_元。  审核人签名： 县残联组织盖章： 年 月 日 | | | | | | |
| 县民政部门审定意见 | 经审查，同意\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_的意见，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_自\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月起领取重度残疾人护理补贴，每月\_\_\_\_\_元。  审批人签名： 县民政部门盖章： 年 月 日 | | | | | | |
| 时 间 | 重度残疾人护理补贴（调整变更情况） | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| 停止发放  时间及原因 |  | | | | | | |

备注：本表一式三份，县民政部门、县残疾、乡镇（街道）各一份存档