重庆市贫困残疾人生活补贴申请审定表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 残疾类别 |  | 残疾等级 |  | 联系电话 |  |
| 残疾人证号 |  |
| 低保证号 |  | 纳入低保日期 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 现居住地 |  |
| 委托代理人 | 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 与申请人关系 |  | 联系电话 |  |
| 现居住地 |  |
| 本人（或委托代理人）保证以上信息及提交的材料真实有效。申请人（或委托代理人）签字 ： 年 月 日 |
| 已于 年 月 日至 年 月 日在我村（社区）或xx供养机构公示，未提出异议。 村（居）民委员会或xx供养机构（盖章）负责人： 年 月 日 |
|   乡镇人民政府（街道办事处）（盖章）负责人： 经办人： 年 月 日 |
| 经审核，该残疾人证和残疾等级属实。 区县（自治县）残联（盖章）负责人： 经办人： 年 月 日 |
|  经审定，同意该对象享受贫困残疾人生活补贴，自 年 月起开始发放。  区县（自治县）民政局（盖章）负责人： 经办人： 年 月 日 |

注：本申请审定表一式叁份报区县（自治县）残联审核、民政局审定。待审定后，乡镇（街道）、区县（自治县）残联、区县（自治县）民政局各留存一份。

重庆市重度残疾人护理补贴申请审定表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 残疾类别 |  | 残疾等级 |  | 联系电话 |  |
| 残疾人证号 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 现居住地 |  |
| 委托代理人 | 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 与申请人关系 |  | 联系电话 |  |
| 现居住地 |  |
| 本人（或委托代理人）保证以上信息及提交的材料真实有效。申请人（或委托代理人）签字 ： 年 月 日 |
| 已于 年 月 日至 年 月 日在我村（社区）或xx供养机构公示，未提出异议。 村（居）民委员会或xx供养机构（盖章）负责人： 年 月 日 |
|   乡镇人民政府（街道办事处）（盖章）负责人： 经办人： 年 月 日 |
| 经审核，该残疾人证和残疾等级属实。区县（自治县）残联（盖章）负责人： 经办人： 年 月 日 |
|  经审定，同意该对象享受重度残疾人护理补贴，自 年 月起发放护理补贴每月 元。 区县（自治县）民政局（盖章）负责人： 经办人： 年 月 日 |

注：本申请审定表一式叁份报区县（自治县）残联审核、民政局审定。待审定后，乡镇（街道）、区县（自治县）残联、区县（自治县）民政局各留存一份。