附件 2

中卫市困难残疾人生活补贴登记表

登记单位:_____ (乡镇/街道办、县/区、残联)　　年　月

序号	姓 名	男性(1)	城镇(1)	新增（1）	死亡（1）	一级残疾(1)	享受低保（1）	残疾证号	家庭详细住址	申请时间（年、月）	月补贴额(元)	一卡通			家庭人口		联系电话
												开户行	户名	账号	总人口	残疾人口	

备注：1.表中各列中的“(1)”表示“是”，如某补贴对象为男性，则在该列中填写数字“1”，否则不填写。

2.各单位填报此表时，1 式 2 份，盖章后上报 1 份，存档 1 份。

3.县（区）残联于每年 12 月 31 日前，将本县（区）汇总后的此表报自治区残联备查。