

## 附件 1

## 中卫市重度残疾人护理补贴申请审批表

申请时间： 年 月 日

编号：

申请人（签字）：

委托申请人 基本情况	姓 名		性 别			
	身份证号		联系电话			
	详细住址					
残 疾 人 基本情况	姓名		性别		民族	
	文化程度		户口性质	城镇（ ）	农村（ ）	
	残疾人证号					
	家庭总人口		家庭残疾人人口			
	家庭经济状况	低保家庭（ ） 其他困难家庭（ ）				
	是否新增	是（ ） 否（ ）				
	长期被照护时间 6 月以上	是（ ） 否（ ）				
	详细住址					
	户籍所在地					
	与委托申请人关系			联系电话		
补贴资金	补贴标准		元/月	户名及开户行		
	一卡通账号					
乡镇政府或 街道办事处 意见	负责人：	经办人：	联系电话：	年 月 日（盖章）		
县级残联 意 见	负责人：	经办人：	联系电话：	年 月 日（盖章）		
县级民政 部门意见	负责人：	经办人：	联系电话：	年 月 日（盖章）		

备注：1.此表 1 式 2 份，县残联审批后乡镇政府（街道办）、县残联各存档 1 份。

2.在表中内容确定为是的（ ）内打√。