

附件 2

中卫市重度残疾人护理补贴登记表

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)	年龄	新增 (1)	死亡 (1)	残疾类别	残疾等级	残疾人证号	家庭详细住址	申请时间(年、月)	月补贴金额(元)	一卡通号			家庭人口		联系电话
													开户行	户名	帐号	总人口	残疾人人口	
登记人: _____												负责人: _____						

- 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。

