附件1

宁夏困难残疾人生活补贴申请审批表

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〔   〕 |
| 月固定收入 | 元 |
| 是否新增 | 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：                                                                                          （盖章）                                 年      月      日  |
| 县级残联意  见 |    负责人：                    经办人：            联系电话：                     （盖章）                                    年     月     日  |

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“√”

附件2

宁夏困难残疾人生活补贴登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 月补贴标 准（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 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

（　　　　　年　　　月）

登记单位：　　　　　　　　　　　　　　（乡镇/街道办，县/区残联）

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、各单位填报引表时，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。

附件3

宁夏困难残疾人生活补贴上年度发放情况统计表

（　　年度）

填报单位：                     县（区）残联 　　　　　                                                          填报时间：       年   月   日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 乡镇（街道办） | 年度预算补贴人数 | 全年新增补贴人数 | 全年死亡补贴人数 | 12月实际补贴人数 | 年度预算补贴资金 | 12月实际发放补贴资金 | 年底滚存结余资金 |
| 总额 | 自治区补贴资金 | 地方配套资金 |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 万元 | 万元 | 万元 | 万元 | 万元 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合计 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

填报人：                                                              负责人：

备注：此表由县级残联填写，经同级财政部门审核后，于每年1月20日前报区残联、财政厅各1份。