附件1

宿城区无固定收入重残人员补贴审批表

 乡镇（街道） 村（居）委员会

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 电话 |  | 一寸相片 |
| 户籍地 |  | 性 别 |  |
| 身份证号 |  | 残疾证号 |  |
| 残疾类型 |  | 等 级 |  |
| 个人月固定收入 |  | 致残原因 |  |
| 现居住地 |  |
| 声明 |  本人所提供的收入情况、残疾等级及类型等相关材料如有不实，退回所发补贴，按规定接受相关处罚。承诺人： （签字或盖章） 年 月 日 |
| 乡镇（街道）审核意见 | 经调查了解 为 级 重残人员，个人固定月 收入 元，符合无固定收入重残人员生活补贴条件。经办人： 审核人 乡镇（街道）年 月 日 |
| 区残联审核意见 |  经审核， 符合重残人员生活救助条件，同意乡镇（街道）审核意见。审核人： 审批人： 宿城区残疾人联合会 年 月 日 |
| 区民政局审批意见 |  经审核，同意给予生活补贴 元/月，从 年 月起执行。审核人： 审批人：宿城区民政局 年 月 日 |

备注：所有表格全部一式一份，由区民政局存档备查。