附件2

宿城区一户多残、依老养残家庭中困难残疾人生活补贴审批表

 乡镇（街道） 村（居）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 户主姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 电话 |  |
| 身份证号 |  | 户籍 |  |
| 家庭人口 |  | 住址 |  |
| 家庭成员 | 姓 名 | 性别 | 称谓 | 身份证号 | 残疾证号 | 类别 | 等级 | 月收入 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 家庭月总收入 |  元 | 人均月收入 |  元 | 补贴金额 |  |
| 声明 | 本人申报内容、所提交的本人及家庭成员的相关证明材料真实有效，如有虚假，一切后果由本人承担。 声明人： 年 月 日 |
| 乡镇（街道）初审意见 | 经入户调查，该家庭人均月收入 元，在低保2倍以内收入水平。经公示无异议，同意上报。经办人： 审核人：  乡镇（街道） 年 月 日 |
| 区残联审核意见 |  经审核，该家庭符合一户多残（依老养残）家庭，同意上报。审核人： 审核人：  宿城区残疾人联合会  年 月 日 |
| 区民政审批意见 | 经调查复核，该上报材料情况属实，同意给予该家庭残疾人生活补贴 元/月，从 年 月起执行。 审核人： 审批人：  宿城区民政局 年 月 日 |