附件3

宿城区重度残疾人护理补贴申请审批表

乡镇（街道） 村（居）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照  片 |
| 户 籍 |  | 电 话 |  |
| 残疾类别 |  | 等 级 |  |
| 身份证号 |  | | |
| 残疾证号 |  | | | |
| 家庭住址 |  | | | |
| 乡镇（街道）  初审意见 | 经入户调查， 符合重度残疾人护理要求。  经办人： 审核人：  年 月 日（盖章） | | | |
| 区残联  审核意见 | 经入户调查， 符合重度残疾人护理要求。  经办人： 审核人：  年 月 日（盖章） | | | |
| 区民政局  审批意见 | 经入户调查， 符合重度残疾人护理要求，同意发放护理补贴 元/月，从 年 月起执行。  经办人： 审核人：  年 月 日（盖章） | | | |