附件1

**泉州台商投资区困难残疾人生活补贴**

**申请审核表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | | | 民族 | | |  | | 2寸彩照 | |
| 出生年月 |  | | 申请类别 | | 1.低保残疾人□  2.低保边缘重度残疾人□  3.60周岁以上无固定收入残疾人□ | | | | | | |
| 联系方式 |  | |
| 残疾类别  等级 |  | | 家庭住址 | |  | | | | | | |
| 残疾证号 |  | | | | | | | | 残疾证  发证时间 | |  | | |
| 家庭人口 |  | | | | | | | 家庭人均收入（元） | | |  | | |
| 监护人或  委托申请人 |  | | 与申请人关系 | | |  | | | | 生活补贴金额（元） | | |  |
| 邮储账号 |  | | | | | | | 邮储户名 | | |  | | |
| 申请人承诺：  本人承诺，未享受老年人高龄补贴、职工养老金、工伤保险生活费和因公致残、离休、孤儿、特困等福利性生活补贴（津贴），且本人非监狱服刑人员，诺存在虚报、隐瞒、伪造等情况，愿意承担相应的法律责任。  申请人： （手印） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 乡镇初审意见：  经初审，符合享受困难残疾人生活补贴条件。  审核人1（残联）： （盖章） 审核人2（民政）： （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 区残联审核认定意见：  经审核，申请人残疾类别和等级为：  审核人： （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 区民政部门审批意见：  符合享受困难残疾人生活补贴条件，自 年 月 日起发放，每月 元。  审核人： （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 备注：（主要注明未审核通过的原因等） | | | | | | | | | | | | | |