

附件 6

云南省最低生活保障审核确认表

(审核确认权限未下放)

申请人姓名	丁溪叶	性别	女	年 龄	7
身份证号码	5301[REDACTED]2X			家庭人口数	5
户籍地址	麒麟区沿江街道新圩社[REDACTED]				
居住地址	麒麟区沿江街道新圩社[REDACTED]				
申请类别	☐ 城市低保 ☒ 农村低保		联系电话	13[REDACTED]45	
家庭成员及近亲属 中是否有最低生活保障 经办人员、村（社区） 干部或其他公职人员		无			
初审 建议	同意该户 1 人享受 B 类低保，并报上级部门审批				

乡镇 人民 政府 (街道 办事处 审核 意见	☒公示无异议 ☐公示有异议，已重新核查（或民主评议） 经初步审核，☒拟同意 ☐拟不同意 <u>新圩村（社区）</u> <u>丁溪叶</u> 家庭 <u>1</u> 人享受 <u>农村 B 类</u> 低保政策，其中：<u>丁溪叶</u> 补助金额 <u>343</u> 元/月，合计补助金额 <u>343</u> 元/月。 （盖 章）  2023 年 9 月 20 日				
	经办人 签 名	<u>魏端</u>	经办机构 负责人签名	<u>施以芳</u>	领导 签名
县 (市、区) 民政局 审核确 认意见	经审核确认，☒同意 ☐不同意你乡镇(街道) <u>新圩</u> 村(社 区) <u>丁溪叶</u> 家庭 <u>1</u> 人享受 <u>B 类</u> 低保政策，<u>丁溪叶</u> 补助 金额 <u>343</u> 元/月，合计补助金额 <u>343</u> 元/月。从 <u>2023</u> 年 <u>10</u> 月 起执行上述救助标准。 （盖 章）  2023 年 9 月 25 日				
审核人 签 名	<u>周磊</u>		领导 签名		