曲靖市麒麟区重度残疾人护理补贴申请审核登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照 片 |
| 身份证号 |  | 残疾等级 |  |
| 残疾人证号 |  | 户籍性质 |  |
| 家庭地址 |  | 联系电话 |  |
| 银行账号 |  | 开户银行 |  |
| 申请人基本情况及经济支出 | 1. 残疾类别：视力残疾□ 听力残疾□ 言语残疾□ 肢体残疾□

 智力残疾□ 精神残疾□ 多重残疾□ |
| 2.是否需要6个月以上长期照护： 是 □ 否 □ |
| 3.致残时间：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_ \_月（至今满\_\_\_\_年） |
| 4.照护所需经济支出：特殊护理消费用支出\_\_\_\_\_\_\_元/月，照护服务支出\_\_\_\_\_\_元/月，两项合计月支出\_\_\_\_\_\_\_\_元。 |
| 申 请 理 由 及 诚 信 承 诺 | 注：由申请人或委托人填写。诚信承诺：本人承诺，以上情况完全属实，如有变化将及时、主动进行申报，如有弄虚作假，愿意按照有关规定接受处罚。  申请人（委托人）签名： 年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 镇（街道）初审意见 | 经调查，同意\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_自\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月起领取重度残疾人护理补贴，每月\_\_\_\_\_元。初审人签名： 镇（街道）盖章： 年 月 日  |
| 区残联审核意见 | 经复查，同意\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_的意见，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_自\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月起领取重度残疾人护理补贴，每月\_\_\_\_\_元。审核人签名： 部门盖章： 年 月 日 |
| 区民政局审定意见 | 经审查，同意\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_的意见，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_自\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月起领取重度残疾人护理补贴，每月\_\_\_\_\_元。审批人签名： 部门盖章： 年 月 日 |
| 时 间 | 重度残疾人护理补贴（调整变更情况） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 停止发放时间及原因 |  |

备注：本表一式三份，区民政部门、区残疾、镇（街道）各一份存档