四川省重度残疾人护理补贴申请审批表

青神县罗波乡

<table>
<tr><td rowspan="13">申请人填写项目</td><td>申请人姓名</td><td>张三</td><td>性别</td><td>男</td><td>出生年月日</td><td colspan="2">1955 年 1 月 5 日</td></tr>
<tr><td>户籍地址</td><td colspan="2">青神县罗波乡龙泉村 1 组</td><td>现居住地址</td><td colspan="3">青神县罗波乡龙泉村 1 组</td></tr>
<tr><td>身份证号</td><td colspan="2">513826195501050000</td><td>残疾人证号</td><td colspan="3">51382619550105000011</td></tr>
<tr><td>残疾类别</td><td colspan="2">肢体</td><td>残疾等级</td><td>一级</td><td>联系电话</td><td>13778888888</td></tr>
<tr><td>领取本补贴银行账号</td><td colspan="6">88110020000000000</td></tr>
<tr><td>开户银行名称</td><td colspan="2">信用联社罗波分社</td><td colspan="2">开户人姓名</td><td colspan="2">张三</td></tr>
<tr><td colspan="3">已领取何种护理补贴（津贴）</td><td colspan="2">无</td><td>月 均</td><td>元</td></tr>
<tr><td>户主姓名</td><td>张三</td><td>身份证号</td><td colspan="2"></td><td>与申请人关系</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">监护人信息</td><td>姓 名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>出生年月</td><td>年 月</td></tr>
<tr><td>身份证号码</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>与申请人关系</td><td></td><td>联系电话</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>户籍地址</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>现居住地址</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>申请人意见</td><td colspan="7">本申请人自愿提出申请。本申请人（监护人/代办人）了解重度残疾人护理补贴政策，所填写内容真实有效，如有虚假，愿承担相应责任。
申请人签名（或姓名）：张三 监护人签名（或姓名）：
2017 年 1 月 5 日 年 月 日
代办人签名：
年 月 日</td></tr>
<tr><td>街道办事处（乡镇人民政府）初审意见</td><td colspan="7">年 月 日受理申请。经初审，申请人_____资格条件。
经办人签名： 负责人签名： （公章）
年 月 日 年 月 日</td></tr>
<tr><td>县级残联审核意见</td><td colspan="7">年 月 日收到上报材料。经审核，申请人的申请材料_____。申请人_____领取护理补贴资格条件，拟从_____年___月___日起给予其发放护理补贴，请会领导审定。
经办人签名：
年 月 日
_____给予申请人发放护理补贴。
会领导签名： （公章）
年 月 日</td></tr>
</table>

注：本表原件由县级残联保存，乡镇（街道）保存本部门（机构）签署意见的复印件。