附件1

重庆市大足区特殊困难低收入老年人高龄津贴

申请审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 健康状况 |  | 年龄 |  | 联系电话 |  |
| 户口所在地 |  | | | | |
| 经常居住地 |  | | | | |
| 申请人或  受托人签名 |  | | | | |
| 镇(街)  审核意见 |  | | （盖章） | |  |
| 审核人： | | 年 月 日 |
| 区民政局  审批意见 |  | | （盖章） | |  |
| 审批人： | | 年 月 日 |