**附件1**

**重庆市百岁及以上老人基本情况登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 住址 |  | | | |
| 文化 程度 |  | 出生年月 |  | 身份证号 |  | |
| 性别 |  | 职业 |  | 婚姻 |  | |
| 现在由谁供养 |  |  | | 有几个子女 |  | |
| 现在同谁生活、居住在一起（联系电话） |  |  |  | |  | |
| 身体健康状况 |  |  | | | 生活自理能力状况 |  |
| 每月发营养补助数额 | | | | |  | |
| 生 |  | | | | | |
| 平 |
| 简 |
| 介 |
| 性 |  | | | | | |
| 格 |
| 特 |
| 点 |
| 饮 |  | | | | | |
| 食 |
| 特 |
| 点 |
| 生 |  | | | | | |
| 活 |
| 特 |
| 点 |
| 居 |  | | | | | |
| 住 |
| 环 |
| 境 |
| 说明：1、“现在由谁供养”填写：退休金、低（五）保金、儿孙、其他（邻里亲友）； | | | | | | |
| 2.“有几个子女”填写：现在健在的子女； | | | | | | |
| 3.“身体健康状况”填写：良好、一般、差； | | | | | | |
| 4、“生活自理能力状况”填写：基本能自理、不能自理； | | | | | | |
| 5、“婚姻状况”填写：结婚、未婚； | | | | | | |
| 填表单位： |  |  |  | | 填表人： | |

**附件2**

重庆市大足区经济困难的

高龄老年人养老服务补贴申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **老年人**  **基本**  **情况** | 姓名 | |  | 性别 | |  | 身份证号码 |  |
| 年龄 | |  | 出生  日期 | |  | 联系电话 |  |
| 户籍  所在地 | |  | | | | | |
| 现居住地 | |  | | | | | |
| 身份类别 | | □ 城市低保对象□农村低保对象□城市“三无”人员□农村五保对象 | | | | | |
| **委托**  **代理人**  **基本**  **情况** | 姓名 | |  | 性别 |  | | 身份证  号码 |  |
| 与申请人关系 | |  | | | | 联系  电话 |  |
| 现居住地 | |  | | | | | |
| 本人（或委托代理人）保证以上信息及提交的材料真实有效。  申请人（或委托代理人）签字：年月日 | | | | | | | | |
| **入户调查**  **基本情况** | | 调查人：年月日 | | | | | | |
| **公示情况** | | 已于年月日至年月日在我村（社区）或供养机构公示，未提出异议。  村（居）民委员会或供养机构  （盖章）  负责人：年月日 | | | | | | |
| **乡镇人民政府（街道办事处）审核意见** | | 乡镇人民政府（街道办事处）  （盖章）  负责人：经办人：年月日 | | | | | | |
| **区县（自治县）民政局审批意见** | | 经审查，同意该对象享受高龄老年人养老服务补贴，  自年月起开始发放。  区县（自治县）民政局  （盖章）  负责人：经办人：年月日 | | | | | | |

注：本申请审批表一式两份报区县（自治县）民政局审批。待审批后，乡镇（街道）、

区县（自治县）民政局各留存一份。为方便存档，此申请审批表需双面打印。

**附件3**

重庆市大足区经济困难的

失能老年人养老服务补贴申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **老年人**  **基本**  **情况** | 姓名 | |  | 性别 |  | 身份证  号码 |  |
| 年龄 | |  | 出生  日期 |  | 联系电话 |  |
| 户籍  所在地 | |  | | | | |
| 现居住地 | |  | | | | |
| 身份类别 | | □ 城市低保对象□农村低保对象□城市“三无”人员□农村五保对象 | | | | |
| 重残失能老年人 | | 残疾类别 | | |  | |
| 残疾等级 | | |  | |
| 残疾人证号码 | | |  | |
| 重病失能老年人 | | 瘫痪卧床原因 | | |  | |
| 瘫痪卧床时间 | | |  | |
| **委托**  **代理人**  **基本**  **情况** | 姓名 | |  | 性别 |  | 身份证  号码 |  |
| 与申请人关系 | |  | | | 联系电话 |  |
| 现居住地 | |  | | | | |
| 本人（或委托代理人）保证以上信息及提交的材料真实有效。  申请人（或委托代理人）签字：年月日 | | | | | | | |
| **入户调查**  **基本情况** | | 调查人：年月日 | | | | | |
| **公示情况** | | 已于年月日至年月日在我村（社区）或供养机构公示，未提出异议。  村（居）民委员会或供养机构  （盖章）  负责人：年月日 | | | | | |
| **乡镇人民政府（街道办事处）审核意见** | | 乡镇人民政府（街道办事处）  （盖章）  负责人：经办人：年月日 | | | | | |
| **区县（自治县）民政局审批意见** | | 经审查，同意该对象享受失能老年人养老服务补贴，  自年月起开始发放。  区县（自治县）民政局  （盖章）  负责人：经办人：年月日 | | | | | |

注：1. 残疾类别：肢体、智力、精神、视力；残疾等级：一、二级。

2. 本申请审批表一式两份报区县（自治县）民政局审批。待审批后，乡镇（街道）、

区县（自治县）民政局各留存一份。为方便存档，此申请审批表需双面打印。

**附件4**

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 |