附件1

重庆市大足区重度残疾人护理补贴发放花名册（ 年度）

填报单位（盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性  别 | 年龄 | 残疾  类别 | 残疾  等级 | 残疾人证号 | 开户行（银行卡号） | 发放金额（元） | 家庭  住址 | 联系  电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审核人： 填表人： 联系电话：

附件2

重庆市大足区重度残疾人护理补贴申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性 别 |  | | | 出生年月 | |  |
| 残疾类别 | |  | | | 残疾等级 |  | | | 联系电话 | |  |
| 残疾人证号 | | |  | | | | | | | | |
| 户籍所在地 | | |  | | | | | | | | |
| 现居住地 | | |  | | | | | | | | |
| 委托代理人 | 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 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| 镇街人民政府（盖章）  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 经审查，同意该对象享受重度残疾人护理补贴，自 年 月起发放护理补贴每月 元。  区残联（盖章）  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |

注：本申请审批表一式两份报区残联审批。待审批后，区残联、镇街残联各留存一份。

附件3

重庆市大足区重度残疾人护理补贴发放情况汇总表（ 年度）

填报单位（盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 发放人数（人） | | | | | | | | | | | | | | | | 发放资金  （万元） | | |
| 总数 | 其中 | | 残疾类别 | | | | | | | 残疾  等级 | | 发放时间 | | | |
| 农村 | 城镇 | 视力 | 听力 | 言语 | 肢体 | 智力 | 精神 | 多重 | 一级 | 二级 | 1-3个月 | 3-6个月 | 7-9个月 | 10-12个月 | 小计 | 一级 | 二级 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审核人： 填表人： 联系电话：

注： 1．此表逻辑关系为：1=2+3=4+5+6+7+8+9+10=11+12=13+14+15+16；17=18+19。

12建设有2．数据统计截至12月31日，次年1月31日前上报市残联、市财政局。

附件4

重庆市大足区重度残疾人护理补贴停发花名册（ 年度）

填报单位（盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性  别 | 年龄 | 残疾  类别 | 残疾  等级 | 残疾人证号 | 开户行（银行卡号） | 停发原因 | 家庭  住址 | 联系  电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审核人： 填表人： 联系电话：