**浙江省困难残疾人生活补贴申请表**

 市 县（市、区） 乡镇（街道） 村（社区）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 身份证号 |  | 残疾类别 |  | 残疾等级 |  |
| 残疾人证号 |  | 户 籍 地 |  |
| 居 住 地 |  | 家庭电话 |  |
| 领取存折开户银行 |  | 银行账号 |  |
| 监护人姓名 |  | 监 护 人联系电话 |  |
| 家庭或本人经济状况 | □低保家庭□人均年收入在低保标准100—150%之间的家庭□本人收入在低保标准150%以下的残疾人 |
| 申请理由 | 本人申请生活补贴并承诺，如在享受补贴期间发生文件规定停发情况时，主动申请停发补贴，如有不实，同意审批机构追缴已发补贴。申请人（监护人）签字： 年 月 日 |
| 村（社区）评议核实情况 | （盖章）村（居）委会负责人： 年 月 日 |
| 乡镇（街道）残联初审意见 | 该残疾人符合享受生活补贴条件，并已于 月 日— 月 日在所在村（社区）进行公示，辖区居民未提出异议。（盖章）负责人： 年 月 日 |
| 县（市、区）残联审核意见 | （盖章）经办人： 负责人： 年 月 日 |
| 县（市、区）民政部门审定意见 | （盖章）经办人： 负责人： 年 月 日 |