附件2

重度残疾人护理补贴申请表

登记日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | （粘贴照片） |
| 出生日期 |  | 身份证号 |  |
| 联 系 人 |  | 联系方式 |  |
| 残疾类别 |  | 残疾等级 |  |
| 残疾证号 |  | | | |
| 户籍地址 | 市/州 县/市/区 乡/镇/街道 村/社区 | | | |
| 享受福利性护理补贴情况 |  | | | |
| 初审意见 | 单位（公章）： | | | |
| 审核意见 | 单位（公章）： | | | |
| 审定意见 | 单位（公章）： | | | |
| 备注 |  | | | |

申请人签字： 日 期： 年 月 日