江永县困难重度残疾人集中照护申请审批表

申请时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | | | | | | | | | | |
| 申请人姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 |  | | 低保  身份 | 全家低保（ ） | |
| 单人保 （ ） | |
| 身份证号 |  | | | 残疾  人证号 |  | | 残疾  类别 |  | 残疾等级 |  |
| 联系电话 |  | | | 住址 |  | | | | | |
| 代理人姓名 |  | | | | 身份证号 |  | | | | |
| 联系电话 |  | | | | 与申请人关系 |  | | | | |
| 一卡通信息 | | | | | | | | | | |
| 一卡通持卡人姓名 |  | | | | 与申请人关系 |  | | | | |
| 开户行 |  | | | | 卡号 |  | | | | |
| **我承诺符合集中照护条件，无暴力倾向、无传染病、无精神疾病，以及其他不适宜集中照护的情况，自愿申请入住集中照护机构并按合约缴纳费用**  承诺人/代理人：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 乡镇人民政  府审核意见 | | 受理 □ 驳回 □ 理由：  经办人： 审核人： | | | | | | | | |
| 县残联审核  意见 | | 同意 □ 不同意 □ 理由：  经办人： 审核人： | | | | | | | | |
| 县民政局  备案 | | 接收时间：  经办人： 审核人： | | | | | | | | |

(该表由本人或其代理人填写，一式三份，分别由县残联、县民政局、服务机构各存一份)