附件2

|  |
| --- |
| **重庆高新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 |  | 出生年月 |  | 联系电话 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 居住住地 |  |
| 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资料真实有效。 |
|  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）公示，未提出异议。 村（社区）居民委员会（盖章）  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。   高新区公共服务局 （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民政局审批。待审批后，乡镇（街道）、民政局各留存一份。为方便存档，此申请审批表需双面打印。 |