附件

万盛经开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 | | | | | | | | | | | |