附件1：

泰州市市区残疾人参加城乡居民社会基本养老保险申请表

社会保障号码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人姓名 |  | | | | 性别 | |  | 身份证号码 | | | | |  | | | |
| 残疾类别 |  | | | | 残疾等级 | |  | 残疾人证号码 | | | | |  | | | |
| 低保家庭 | 是□ 否□ | | | | 低保证号码 | |  | 低保证核准时间 | | | | | | |  | |
| 家庭人均收入在当地低保标准200%以内 | | | | | | | 是□ 否□ | 家庭实际人均收入（元） | | | | | | | |  |
| 家庭住址 | | |  | | | | | | | 联系电话 | | | |  | | |
| 户籍所在地 | | |  | | | | | | | 申请补贴标准 | | | | 元 | | |
| 家庭成员情况 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | 称谓 | | 身份证号码 | | | | | 职业 | | | 已参加何种社会养老保险 | | | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | |  | | | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | |  | | | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | |  | | | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | |  | | | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | |  | | | | |
| 初审意见（建议补贴标准）：  经办人：  村（居）委会（章）  年 月　 日 | | | | | | 复审意见（建议补贴标准）：  经办人：  乡镇（街道）残联（章）  年 月　 日 | | | | | 复审意见（建议补贴标准）：  经办人：  乡镇（街道）民政科（章）  年 月　 日 | | | | | |
| 参保信息审核：  审核人：  乡镇（街道）劳动保障所（章）  年 月　 日 | | | | | | 审批意见（确定补贴标准）：  审批人：  区残联（章）  年 月　 日 | | | | | 经办审核：  审核人：  （市、区）城乡居民养老保险经办机构（章）  年 月　 日 | | | | | |

注：1、职业是指：务工、务农、上学、参军、其他等；2、社会保障号码由城乡居民养老保

险经办机构统一填写；3、附残疾人身份证、第二代《中华人民共和国残疾人证》复印件，是低保家庭中的残疾人还应附低保证复印件及低保证明等手续；4、此表和附件3与参保人上报的相关证明材料一起上报并由各统筹地区（市、区）人力资源和社会保障部门收集存档。