|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件4： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  区 年低保家庭残疾人参加城乡居民社会基本养老保险补贴情况明细表 |
| 乡镇（街道）残联（章）： 区民政局（章）： 区残联（章）： 市（区）人力资源和社会保障局经办机构（章）：  |
| 序号 | 参保人姓 名 | 性别 | 年龄 | 职业 | 身份证号 码 | 残疾类别 | 残疾等级 | 残疾人证号码 | 低保证 | 参 保 | 家庭住址 | 有效联系电话 |
| 号 码 | 核准时间 | 核发机关 | 缴纳养老保险费 | 社会保障号码 |
| 时间 | 政府补贴（元） | 社会捐助（元） | 个人缴纳（元） |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 注：1、表中“缴纳养老保险费”栏内请填写参保人当年缴纳养老保险费基本情况。“时间”栏内填写当年缴费时间，“政府补贴”栏内填写当年政府补贴金额，“社会捐助”栏内填写当年市残疾人福利基金会帮助缴纳的保费（100元），“个人缴纳”栏内填写当年个人缴费金额；2、此表由乡镇（街道）残联（或相关职能部门）负责填写（一式五份），区民政局、区残联（或相关职能部门）及市、区（统筹地区）人社局经办机构负责审核，区残联（或相关职能部门）负责上报（原件及电子版）；3、此表（审核后的原件）一式五份，由乡镇（街道）和市、区残联（或相关职能部门），市、区（统筹地区）人社局经办机构，以及市残疾人福利基金会各执一份存档备案。 |
|
|