附件1

泰州市区参加意外伤害保险残疾人名册汇总表

填报单位（盖章）： 乡镇（街道、园区）残联 填报人（签名）： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 残疾类别  及等级 | 身份证号 | 残疾人证号 | 家庭住址 | 联系电话 | 备 注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：此表由乡镇（街道、园区）残联填报，市残联（只需电子表格）、区残联和保险公司各执一份。