附件2

泰州市区残疾人参加意外伤害保险人数和保费情况统计表

填报单位（盖章）： 区残联 区财政局（盖章）： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 乡镇（街道、园区）名称 | 参加保险人数 | 参保金额（万元） | | | 备 注 |
| 合 计 | 申请市财政 | 区财政安排 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 总 计 | |  |  |  |  |  |

注：此表由区残联填报，市财政局、市残联（连同电子表格）、区财政局、区残联和保险公司各执一份。

区残联填报人（签名）： 保险公司核准人（签名）： 市残联审核人（签名）：

区残联领导（签名）： （公司盖章）： 市残联领导（签名，市残联盖章）：