附表2

泰州市区残疾人托养服务补贴名册汇总表

**托养机构名称（盖章）： 填报时间：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 残疾人证号 | 家庭住址 | 联系电话 | 低保证号或其他低收入证明（编号或核实单位） | 托养方式（填写日托或全托） | 年度托养起止时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

机构负责人（签字）： 填报人（签字）：