附件3

重庆市最低生活保障金调整审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属地区：　　　　　　　　区（县）　　　　　　乡镇（街道）　　　　　　村（居）委会 | | | | | | | | | | | | 保障类型：城市低保□　农村低保□ | | | | | |
| 申请人（户主） | |  | | | 联系电话 |  | | | | 居住地址 | |  | | | | | |
| 原救助情况 | | 纳入　类管理。家庭月救助总额 　　 　　元。 　　　　其中：补差救助　　人，　　　　　元； 　　　　　　　重点救助×××，　　　　　元；  ×××，　　　　　元。 | | | | | | | | 开户名称 | |  | | 开户银行 | |  | |
| 银行账号 | |  | | | | | |
| 家庭成员变化情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓　名 | | 身份证号码 | | | 与申请人关系 | 性别 | 年龄 | 残疾等级 | 重病 | 在校学生 | 学龄前儿童 | 70岁以上老人 | 从业单位 | | | | 备注 |
| 无变化人员 |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |
| 新增人员 |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |
| 减少人员 |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |
| 家庭收入变化情况 | | | | | | 家庭财产变化情况 | | | | | | | | | 家庭消费支出变化情况 | | |
| 项　目 | | 应计收入 成员人数 | 家庭总收入 （元/月） | 家庭人均收入 （元/月） | | □未超标  □超标，具体情形： | | | | | | | | | □未超标  □超标，具体情形： | | |
| 变化前 | |  |  |  | |
| 变化后 | |  |  |  | |
| 乡镇（街道） 审核意见 | | □ 建议调整救助金额。纳入　　类管理，家庭月救助总额 　　　 　　元。 　　其中：补差救助　　人，　　　　元； 　　　　　重点救助×××，　　　　 元；  ×××，　　　　 元。  □建议停发低保金。理由：  （盖章） 　　　　　　　　　　　　负责人：　　　　　　　　　　　　　　经办人：　　　 　　　　 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区县民政局 审批意见 | | □调整救助金额。从　　　 　年 　　月起纳入　 　类管理，家庭月补助总额 　　 　　元。 　 其中：补差救助　　人，　　　　元； 　 　　　重点救助×××，　　　　 元；  ×××，　　　　 元。  　　（若对镇街建议金额有调整，应说明理由，并附必要的依据。）  □停发低保金。理由：  （盖章） 　　　　　　　　　　　　负责人：　　　　　　　　　　　　　　经办人：　　　 　　　　 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注：本表一式两份，区（县）民政局和乡镇（街道）各一份。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |