重庆市民政局

重庆市残疾人联合会

关于印发《重庆市贫困残疾人生活补贴和

重度残疾人护理补贴申请审定管理规范》的通知

渝民发〔2018〕3号

各区县（自治县）民政局、残联，两江新区、万盛经开区有关部门：

根据国务院《关于全面建立困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴制度的意见》（国发〔2015〕52号），市民政局、市残联、市老龄委办、市财政局《关于印发〈重庆市经济困难的高龄失能老年人养老服务补贴实施办法〉〈重庆市贫困残疾人生活补贴实施办法〉〈重庆市重度残疾人护理补贴实施办法〉的通知》（渝民发〔2015〕71号）和市民政局、市残联《关于进一步做好贫困残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴制度有关工作的通知》（渝民发〔2017〕75号），市民政局、市残联制定了《重庆市贫困残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴申请审定管理规范》，现印发你们，请遵照执行。

重庆市民政局

重庆市残疾人联合会

2018年1月2日

重庆市贫困残疾人生活补贴和

重度残疾人护理补贴申请审定管理规范

 为进一步规范贫困残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴（以下简称“两项补贴”）申请审定管理工作，规范申请审定流程、管理行为，根据国务院《关于全面建立困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴制度的意见》（国发〔2015〕52号），市民政局、市残联、市老龄委办、市财政局《关于印发〈重庆市经济困难的高龄失能老年人养老服务补贴实施办法〉〈重庆市贫困残疾人生活补贴实施办法〉〈重庆市重度残疾人护理补贴实施办法〉的通知》（渝民发〔2015〕71号）和市民政局、市残联《关于进一步做好贫困残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴制度有关工作的通知》（渝民发〔2017〕75号），结合本市实际，制定本规范。

 一、提出申请

 （一）资格条件。贫困残疾人生活补贴对象为具有重庆市户籍的城乡低保对象中持有《中华人民共和国残疾人证》（第二代）的残疾人。重度残疾人护理补贴对象为具有重庆市户籍，持有《中华人民共和国残疾人证》（第二代）的一级、二级残疾人。

（二）申请材料。贫困残疾人生活补贴、重度残疾人护理补贴申请人（委托代理人）应当按规定提交相关材料，承诺所提供的信息真实有效。

1. 贫困残疾人生活补贴申请人（委托代理人）应当提供的申请材料包括：

（1）申请人的居民户口簿、居民身份证原件及复印件；

（2）申请人的残疾人证原件及复印件；

（3）申请人的低保证原件及复印件；

（4）委托代理人申请的，还需提供委托书和代理人的居民户口簿、居民身份证原件及复印件；

（5）其他相关有效证明材料。

2. 重度残疾人护理补贴申请人（委托代理人）应当提供的申请材料包括：

（1）申请人的居民户口簿、居民身份证原件及复印件；

（2）申请人的残疾人证原件及复印件；

（3）委托代理人申请的，还需提供委托书和代理人的居民户口簿、居民身份证原件及复印件；

（4）其他相关有效证明材料。

（三）书面申请。由本人向户籍所在地的乡镇人民政府（街道办事处）〔以下简称乡镇（街道）〕提出书面申请，分类别填写《重庆市贫困残疾人生活补贴申请审定表》《重庆市重度残疾人护理补贴申请审定表》。本人申请有困难的，可以委托代理人或村（居）民委员会代为提出申请。符合条件的集中供养残疾人，可由其所在供养机构向当地乡镇（街道）统一申请办理。

二、乡镇（街道）初审

（一）受理审查。乡镇（街道）应当及时受理残疾人“两项补贴”申请（农村地区根据实际情况，可以实行定期集中受理；实行集中受理的，应当公布集中受理时间）。材料齐备的，予以受理；材料不齐备的，应当一次性告知，并出具补正告知书，材料补充齐备后，应予以再次受理。受理“两项补贴”申请后，应当对申请人申请情况和提交的证明材料进行审查，审查中有疑问、有举报或需重点调查的，要及时到相关部门进行调查核实。

（二）公示。乡镇（街道）对申请人申请情况和提交的证明材料审查后，在其户籍所在地的村（居）民委员会或所在供养机构公示7日。对公示结果无异议的，村（居）民委员会或供养机构在申请审定表上注明公示结果。对公示内容有异议的，乡镇（街道）应当调查核实，调查核实的结果应当告知提出异议的人，并在申请人所在村（居）民委员会或所在供养机构公示3日。

 （三）研究确认。公示结束后，乡镇（街道）应根据审查、公示情况，初审符合条件的由分管领导在审定表上签字确认并加盖乡镇（街道）公章；初审不符合条件的，书面告知申请人。

**（四）上报初审意见。**将初审合格的材料报区县残联进行相关审核。报送的材料包括申请审定表、公示材料以及申请人提供的相关材料等。

三、区县残联进行相关审核

区县残联收到乡镇（街道）上报的材料后，应当及时进行相关审核。

（一）材料审核。区县残联应当审核乡镇（街道）上报的残疾人证的真实性和残疾等级。审核中有疑问、有举报或需重点调查的，区县残联应当及时进行调查核实。经审核不符合条件的，将审核结果反馈乡镇（街道），并由乡镇（街道）书面告知申请人。

（二）研究确认。区县残联应当根据审核情况，由分管理事长在审定表上签字确认并加盖区县残联公章。

（三）转报审核意见。将审核合格的材料转报区县民政局进行审定。转报的材料包括申请审定表、公示材料以及申请人提供的相关材料等。

 四、区县民政局审定

区县民政局收到区县残联转报的材料后，应当及时审定。

（一）材料审查。区县民政局应当全面审查区县残联转报的材料。材料不完备的应及时退回乡镇（街道）或区县残联补齐后重新报送。审定中有疑问、有举报或需重点调查的，区县民政局应当会同区县残联、乡镇（街道）进行调查核实。

（二）信息比对。做好“两项补贴”人员与工伤保险、低保、特困、因公致残、离休、老年、孤儿等群体信息的比对工作。

 （三）研究决定。区县民政局应当根据材料审查、信息比对情况，符合享受“两项补贴”条件的由分管副局长在审定表上签字确认并加盖区县民政局公章，下发“两项补贴”审定结果通知书并告知复核期限；不符合享受“两项补贴”条件的，将审定结果反馈给区县残联和乡镇（街道），由乡镇（街道）书面告知申请人并说明理由。

 五、动态管理

（一）“两项补贴”停发条件时间。若贫困残疾人生活补贴对象有以下情形之一的，从次月起停发补贴：户口迁出本市的；残疾人证被注销的；民政部门认定不属于低保范围的；服刑期间的；补贴对象死亡的；其他不应享受补贴的情形等。若重度残疾人护理补贴对象有以下情形之一的，从次月起停发补贴：户口迁出本市的；残疾人证被注销的；残疾等级变化不符合补助条件的；服刑期间的；补贴对象死亡的；其他不应享受补贴的情形等。

 （二）零星退出。乡镇（街道）应掌握“两项补贴”对象的动态情况，情况发生变化的，乡镇（街道）应及时调查核实并将调查结果上报区县残联、民政局，参照申请享受的程序及时办理补贴停发手续，由区县民政局下达补贴停发告知书，由乡镇（街道）送达申请人。

 （三）定期复核。由区县民政局会同区县残联、乡镇（街道）于每年6月、12月对补贴对象各进行一次复核。

**1. 信息比对。**由区县民政局会同区县残联、乡镇（街道）按“两项补贴”停发条件核查“两项补贴”对象相关信息，并形成核查认定报告。

**2. 研究审定。**区县民政局应当根据核查认定情况召开联席会议，由区县民政局分管副局长主持，区县民政局“两项补贴”分管科室负责人和经办人员、区县残联相关人员、相关乡镇（街道）经办人员参加的会议讨论审定，形成审定意见，并由参加会议的人员签字确认。

**3. 张榜公示。**区县民政局应将停发“两项补贴”的审定结果告知区县残联，通知乡镇（街道），由乡镇（街道）在其户籍所在地的村（居）民委员会或所在供养机构张榜公示7日（包括“两项补贴”对象基本情况、享受“两项补贴”类别、停发补贴资金的理由等）。

  **4. 下达告知书。**由区县民政局下达补贴停发告知书，由乡镇（街道）送达申请人。

 （四）监督检查。区县民政局、残联要加强对“两项补贴”工作的动态管理和监督检查工作，切实维护残疾人的切身利益。

**1. 长期公示。**乡镇（街道）应将辖区内享受“两项补贴”情况（包括补贴对象基本信息、享受“两项补贴”类别情况、补贴金额等信息）在固定公示栏长期公示，接受群众监督。公示中要注意保护“两项补贴”对象的个人隐私，严禁公开与享受“两项补贴”待遇无关的信息。

**2. 举报核查。**区县民政局、残联、乡镇（街道）应当设立并公开“两项补贴”监督咨询电话，畅通投诉举报渠道，健全投诉举报核查制度，按照相关规定，认真及时地做好涉及“两项补贴”的来信来访调查处理工作。对接到的实名举报，应当逐一核查，并及时向举报人反馈核查处理结果。

**3. 不定期检查。**区县民政局、残联、乡镇（街道）应不定期对“两项补贴”工作进行督促检查，发现问题及时纠正。

六、档案管理

区县民政局要加强“两项补贴”档案资料管理工作，按照“一人一档”要求，建立补贴对象档案，包括补贴对象的申请审定材料、公示情况（含公示影像资料）、资金发放记录等资料，做到基本信息完整、相关手续完善、材料齐全、经办人员审查签章完备。

 七、办理时限

“两项补贴”初审审核审定手续应当自受理申请之日起20个工作日内办结（不包括公示期限），具体为乡镇（街道）初审7个工作日，区县残联进行相关审核3个工作日，区县民政局审定10个工作日。有疑问或有异议需要组织再次调查核实的，可延长20个工作日作出审定决定。

联系人：

市民政局社会福利和慈善事业促进处 倪伟 89188327

邮箱:3419696647@qq.com

市残联教育就业部 陈慧敏 67116951

邮箱: 5064898@qq.com

附件：1. 重庆市“两项补贴”申请审定流程图

 2. 重庆市贫困残疾人生活补贴申请审定表

 3. 重庆市重度残疾人护理补贴申请审定表

 4. 重庆市“两项补贴”申请补正告知书

 5. 委托书

 6. 审查公示

 7. 重庆市“两项补贴”审定结果（复核结果）

 8. 重庆市“两项补贴”审定结果通知书

 9. 不予享受“两项补贴”告知书

 10. 停发公示

 11. 重庆市“两项补贴”定期复核停发审定表

 12. 重庆市“两项补贴”零星退出停发审定表

 13. 重庆市“两项补贴”停发通知书

 14. 重庆市贫困残疾人生活补贴发放花名册

 15. 重庆市重度残疾人护理补贴发放花名册

 16. 重庆市贫困残疾人生活补贴发放情况汇总表

 17. 重庆市重度残疾人护理补贴发放情况汇总表

附件1

重庆市“两项补贴”申请审定流程图

附件2

重庆市贫困残疾人生活补贴申请审定表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 残疾类别 |  | 残疾等级 |  | 联系电话 |  |
| 残疾人证号 |  |
| 低保证号 |  | 纳入低保日期 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 现居住地 |  |
| 委托代理人 | 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 与申请人关系 |  | 联系电话 |  |
| 现居住地 |  |
| 本人（或委托代理人）保证以上信息及提交的材料真实有效。申请人（或委托代理人）签字 ： 年 月 日 |
| 已于 年 月 日至 年 月 日在我村（社区）或xx供养机构公示，未提出异议。 村（居）民委员会或xx供养机构（盖章）负责人： 年 月 日 |
|  乡镇人民政府（街道办事处）（盖章）负责人： 经办人： 年 月 日 |
| 经审核，该残疾人证和残疾等级属实。区县（自治县）残联（盖章）负责人： 经办人： 年 月 日 |
| 经审定，同意该对象享受贫困残疾人生活补贴，自 年 月起开始发放。  区县（自治县）民政局（盖章）负责人： 经办人： 年 月 日 |

注：本申请审定表一式叁份报区县（自治县）残联审核、民政局审定。待审定后，乡镇（街道）、区县（自治县）残联、区县（自治县）民政局各留存一份。

附件3

重庆市重度残疾人护理补贴申请审定表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 残疾类别 |  | 残疾等级 |  | 联系电话 |  |
| 残疾人证号 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 现居住地 |  |
| 委托代理人 | 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 与申请人关系 |  | 联系电话 |  |
| 现居住地 |  |
| 本人（或委托代理人）保证以上信息及提交的材料真实有效。申请人（或委托代理人）签字 ： 年 月 日 |
| 已于 年 月 日至 年 月 日在我村（社区）或xx供养机构公示，未提出异议。 村（居）民委员会或xx供养机构（盖章）负责人： 年 月 日 |
|  乡镇人民政府（街道办事处）（盖章）负责人： 经办人： 年 月 日 |
| 经审核，该残疾人证和残疾等级属实。区县（自治县）残联（盖章）负责人： 经办人： 年 月 日 |
|  经审定，同意该对象享受重度残疾人护理补贴，自 年 月起发放护理补贴每月 元。 区县（自治县）民政局（盖章）负责人： 经办人： 年 月 日 |

注：本申请审定表一式叁份报区县（自治县）残联审核、民政局审定。待审定后，乡镇（街道）、区县（自治县）残联、区县（自治县）民政局各留存一份。

附件4

重庆市“两项补贴”申请补正告知书

 （ 年第 号）

 :

 您提交的贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）申请资料已收到，具体如下：

 1.残疾人证原件及复印件；□

 2.居民户口簿、居民身份证原件及复印件；□

 3.低保证原件及复印件；□

 4.委托书；□

 5.代理人的居民户口簿、居民身份证原件及复印件；□

 6.其他相关有效证明材料： 。□

 经审查，您提交的申请材料不齐备，请在收到本通知之日起5日内补正上述第 项材料，逾期不提交的视为放弃本次申请。

 申请人（签字）： 经办人（签字）：

 联系电话： 联系电话：

 乡镇人民政府（街道办事处）（盖章）

 年 月 日

注：本告知书一式两份，由受理机关在认定申请人提交的申请材料不齐备时出具。第一份由申请人留存，第二份由受理机关存档。

附件5

委托书

乡（镇）人民政府、街道办事处：

 本人是 （具体到门牌号）居民，身份证号： 。

现委托（受托人姓名) 身份证号： 办理申请贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）事宜，请予接洽。

 委托人签字：

 委托代理人签字：

 年 月 日

 附件6

公 示（审查）

 根据《国务院关于全面建立困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴制度的意见》，XX乡镇（街道）于X年X月X日受理了（申请人）享受贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）的申请，经对（申请人）等XX名同志（名单附后）申请情况和提交的证明材料进行审查，拟确定（申请人）为享受贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）的乡镇（街道）初审对象，现予以公示，接受广大群众监督。公示时间为： 。在公示期间，广大群众如有异议，可向乡镇（街道）纪委或办公室反映，纪委联系电话： ，办公室电话： 。邮箱： ，联系地址： 。

 XX乡镇（街道）

 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号** | **残疾证号** | **残疾等级** | **低保证号** | **拟享受类 别** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件7

重庆市“两项补贴”审定结果（复核结果）

 “两项补贴”审定（复核）小组对本次提出享受残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）的XX等申请人进行了审定（对XX等XX名同志进行了定期复核），经研究，提出了审定意见（复核意见）。结果如下：

1. 拟纳入享受的申请人（拟继续享受的对象）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申请人 | 身份证号 | 残疾证号 | 残疾等级 | 低保证号 | 居住地址 | 纳入类别 |  复核期限 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

二、拟不予纳入享受的申请人（拟取消“两项补贴”资格的对象）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申请人 | 身份证号 | 居住地址 | 不予保障理由及类别 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 区县（自治县）民政局（盖章）

 年 月 日

注：本结果一式叁份，乡镇（街道）、区县（自治县）残联、区县（自治县）民政局各留存一份。

附件8

重庆市“两项补贴”审定结果通知书

乡镇人民政府（街道办事处）：
 你们于 年 月 日报来的 贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）申请材料已审定。其中， 等纳入贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）发放对象，请组织所在村（社区）纳入长期公示范围予以公示； 等不符合贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）条件，请将告知书送达申请人。

纳入“两项补贴”的申请人

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申请人 | 身份证号 | 残疾证号 | 残疾等级 | 低保证号 | 居住地址 | 纳入类别 | 复核期限 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

不予纳入“两项补贴”的申请人

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申请人 | 身份证号 | 居住地址 | 不予保障理由 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 区县（自治县）民政局（盖章）

 年 月 日

注：本表一式叁份，乡镇（街道）、区县（自治县）残联、区县（自治县）民政局各留存一份。

附件9

重庆市不予享受“两项补贴”告知书（存根）

 经审查核实， 不符合贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）条件。其原因是：

 经办人：
 年 月 日

…………………………………………………………………………………………………………………………………

 重庆市不予享受“两项补贴”告知书

 ：
 你于 年 月 日提出贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）申请。经审查核实，你不符合贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）条件。理由是：

 如对此决定不服，可在收到本决定60日内向（写明发出告知书的上级行政主管单位或业务主管部门）提出行政复议，也可以在收到本决定之日起6个月内向有管辖权的人民法院提起行政诉讼。

 特此告知。

 区县（自治县）民政局或区县（自治县）残联或乡镇（街道）（盖章）

 年 月 日

…………………………………………………………………………………………………………………………………

重庆市不予享受“两项补贴”

告知书回执

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人 | 送达人 | 送达时间 | 签收人 |
|  |  |  |  |

注：1.签收人拒绝签收的，需2人以上送达人签字证明。

 2.此联需交回发出主体单位存档。

附件10

公 示（停发）

 根据《国务院关于全面建立困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴制度的意见》，XX乡镇（街道）于X年X月X日对XX等进行了定期复核，经复核，XX等XX名同志（名单附后）已不符合享受贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）条件，拟确定XX等XX名同志不再纳入贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）享受范围，现予以公示，接受广大群众监督。公示时间为： 。在公示期间，广大群众如有异议，可向乡镇（街道）纪委或办公室反映，纪委联系电话： ，办公室电话： 。邮箱： ，联系地址： 。

 XX乡镇（街道）

 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号** | **残疾证号** | **残疾等级** | **低保证号** | **享受****类别** | **停发****理由** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件11

重庆市“两项补贴”定期复核停发审定表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 残疾类别 |  | 残疾等级 |  | 联系电话 |  |
| 残疾人证号 |  |
| 低保证号 |  | 纳入低保日期 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 现居住地 |  |
| 委 托 代理人 | 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 与申请人关系 |  | 联系电话 |  |
| 现居住地 |  |
| 公示 结果 |  村（居）民委员会或XX供养机构（盖章）负责人： 年 月 日 |
| 调查复核情况 |   经办人：  年 月 日  |
| 民政局主管科室意见 |   负责人： 年 月 日 |
| 联席会议情况及结论 |  参会人： 年 月 日 |
| 审定意见 | 经审查，同意取消该对象享受贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）资格，自 年 月起开始停发补贴。  区县（自治县）民政局（盖章）负责人： 经办人： 年 月 日 |

注：本审定表一式叁份，乡镇（街道）、区县（自治县）残联、区县（自治县）民政局各留存一份。

附件12

重庆市“两项补贴”零星退出停发审定表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 残疾类别 |  | 残疾等级 |  | 联系电话 |  |
| 残疾人证号 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 低保证号 |  | 纳入低保日期 |  |
| 现居住地 |  |
| 委托代理人 | 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 与申请人关系 |  | 联系电话 |  |
| 现居住地 |  |
|  乡镇人民政府（街道办事处）（盖章）负责人： 经办人： 年 月 日 |
| 区县（自治县）残联（盖章）负责人： 经办人： 年 月 日 |
|  经审定，同意取消该对象享受贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）资格，自 年 月起开始停发补贴。 区县（自治县）民政局（盖章）负责人： 经办人： 年 月 日 |

注：本审定表一式叁份，乡镇（街道）、区县（自治县）残联、区县（自治县）民政局各留存一份。

附件13

重庆市“两项补贴”停发通知书（存根联）

停发对象： 乡镇（街道） 村（社） 居民。

停发时间：从 年 月起停发。

停发原因：

 经办人：

 年 月 日

…………………………………………………………………………………………………………………………………

重庆市“两项补贴”停发通知书

 ：

 根据规定，你已不符合贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）条件，决定从 年 月 日起停止发放你贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）。理由是：

如对此决定不服，可在收到本通知书60日内向XX区（县）人民政府或重庆市民政局提出行政复议，也可以在收到本通知之日起6个月内向有管辖权的人民法院提起行政诉讼。

特此告知。

 区县（自治县）民政局（盖章）

 年 月 日

…………………………………………………………………………………………………………………………………

重庆市“两项补贴”停发通知书签收回执

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 停发对象 | 送达人 | 送达时间 | 签收人 |
|  |  |  |  |

注：1.签收人拒绝签收的，需2人以上送达人签字证明。

2.此联需交回区县(自治县)民政局存档。

附件14

重庆市贫困残疾人生活补贴发放花名册（ 年 月）

填报区县（自治县）民政局（盖章）： 区县（自治县）残联（盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 残疾类别 | 残疾人证号 | 低保证号 | 开户行、社保卡号（银行卡号） | 发放金额（元） | 家庭住址 | 联系电话 | 是否享受护理补贴 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审核人： 填表人： 联系电话：

附件15

重庆市重度残疾人护理补贴发放花名册（ 年 月）

填报区县（自治县）民政局（盖章）： 区县（自治县）残联（盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 残疾类别 | 残疾等级 | 残疾人证号 | 开户行、社保卡号（银行卡号） | 发放金额（元） | 家庭住址 | 联系电话 | 是否享受生活补贴 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 审核人： 填表人： 联系电话：

附件16

重庆市贫困残疾人生活补贴发放情况汇总表（ 年 季度）

填报区县（自治县）民政局（盖章）： 区县（自治县）残联（盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 发放人数（人） | 发放金额（万元） | 同时享受护理补贴人数（人） | 提标扩面情况 |
| 第一个月 | 第二个月 | 第三个月 | 本季度新增 | 本季度减少 | 本季度 | 本年累计 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审核人： 填表人： 联系电话：

注：1.同时享受护理补贴人数为既享受贫困残疾人生活补贴又享受重度残疾人护理补贴的人员（即重叠数）。

 2.备注栏中注明本季度提标扩面人数和金额。

附件17

重庆市重度残疾人护理补贴发放情况汇总表（ 年 季度）

填报区县（自治县）民政局（盖章）： 区县（自治县）残联（盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 发放人数（人） | 发放金额（万元） | 同时享受生活补贴人数（人） | 提标扩面情况 |
|  一级 | 二级 | 合计 | 一级 | 二级 |
| 第一个月 | 第二个月 | 第三个月 | 本季度新增 | 本季度减少 | 第一个月 | 第二个月 | 第三个月 | 本季度新增 | 本季度减少 | 本季度 | 本年累计 | 本季度 | 本年累计 | 本季度 | 本年累计 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 审核人： 填表人： 联系电话：

注： 1.同时享受生活补贴人数为既享受重度残疾人护理补贴又享受贫困残疾人生活补贴的人员（即重叠数）。

 2.备注栏中注明本季度提标扩面人数和金额。