附件3

助浴照顾服务汇总表

\_\_\_\_\_\_（区县）民政局联系人： 联系电话： 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 住址 | 承办机构 | 身份类别 | | | 受助次数（次） | 联系电话 |
| 失能特困  人员 | 60周岁以上失能老年人 | 高龄失能老年人 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：住址填写身份证上的详细住址；身份类别选择失能特困人员、60周岁以上失能老年人或高龄失能老年人，用“√”表示；受助次数用“数字”填报。 | | | | | | | | | | |