附件

湖南省困难重度残疾人集中照护申请审批表

（参考样式）

申请时间：

|  |
| --- |
| **申请人信息** |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 低保身份 | 全家低保（ ） |
| 单人保 （ ） |
| 身份证号 |  | 残疾 人证号 |  | 残疾 类别 |  | 残疾 等级 |  |
| 联系电话 |  | 住 址 |  |
| 代理人姓名 |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  | 与申请人关系 |  |
| **一卡通信息** |
| 一卡通持卡人姓名 |  | 与申请人关系 |  |
| 开户行 |  | 卡 号 |  |
| 我承诺符合集中照护条件，无暴力倾向、无传染病、无精神疾病，以及其他不适宜集中照护的情况，自愿申请入住集中照护机构并按合约缴纳费用。 **承诺人/代理人：**  **年 月 日**  |
| 乡镇人民政府（街道办事处）审核意见 | 受理□ 驳回□ 理由： 经办人： 审核人：  |
| 县级残联审核意见 | 同意□ 不同意□ 理由： 经办人： 审核人：  |
| 县级民政部门备案 | 接收时间： 经办人： 审核人：  |

**（该表由本人或其代理人填写，一式三份，分别由县级残联、民政部门、服务机构各存一份）**

|  |
| --- |
| 湖南省残疾人联合会办公室 2024年11月18日印发 |