深圳市一级伤残未就业未享受低保的残疾人

养老保险和医疗保险补贴申请表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人基本情况 | 姓 名 |  | | 社会保险电脑号 | |  | | | 一寸  相片 |
| 性 别 |  | | 身份证号 | |  | | |
| 民 族 |  | | 残疾证号 | |  | | |
| 出生日期 | 年 月（\_\_\_岁） | | 联系电话 | |  | | |
| 政治面貌 |  | | 文化程度 | |  | | |
| 婚姻状况 |  | | 残疾类别 | |  | 残疾等级 | |  |
| 邮政编码 |  | | | | | 家庭人口 | |  |
| 家庭地址 |  | | | | | 家庭收入 | |  |
| 户口属地 |  | | | | | 迁入深圳时间 | | 年 月 |
| 个人参加保险情况 | 个人参加社会保险  险 种 | | □养老 □医疗 □失业 □工伤 □生育 | | | | | | |
| 上年度月缴交养老和医疗保险基数及累计缴纳基数 | | \_\_\_\_\_\_\_\_（元/月） | | 上年度个人缴交医疗保险和养老保险累计月数 | | | \_\_\_\_\_\_个月 | |
| 上年度缴交养老和医疗保险累计月数 | | □12个月  个月 | | 区残联月补贴养老和医疗保险金额 | | | （元/月） | |
| 个人声明 | 以上本人所申报的资料属实，并承担法律责任。  签名： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 审核审批意见 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_社区工作站初审意见：  该残疾人是一级伤残未就业未享受低保的残疾人，申请资料齐全，申报情况属实。经核准，上年度已参加养老和医疗保险，月缴费基数为\_\_\_\_\_\_\_元/月，累计缴费月数为\_\_\_\_\_\_个月，按照有关规定，同意给予其上年度养老和医疗保险补贴，补贴金额为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元（金额大写）。  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_街道残联核实意见：  该残疾人是一级伤残未就业未享受低保的残疾人，社区工作站初审意见□属实（□不属实），经审核□同意（□不同意）给予其基本养老和医疗保险补贴，补贴金额为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元（金额大写）。  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_区残联审批意见：  经研究，□同意（□不同意）给予该残疾人养老和医疗保险补贴，补贴金额为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元（金额大写）。  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |

注：由申请人填写，同时提供身份证、户口本、残疾人证、（验原件，交复印件），银行卡或存折复印件、上年度缴交养老和医疗保险缴费凭证原件，向所在地的社区工作站申报。