附件2

贫困重度残疾人集中照护服务申请确认表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | | 性别 |  | 户籍 |  | 出生日期 | 年 月 日 |
| 身份证号 |  | | | | 民族 |  | 电话 |  |
| 常住地址 |  | | | | 本人或监护人及联系方式 | |  | |
| 申请照护  内容 | 申请原因（残疾类别和等级）: | | | | | | | |
| 申请照护内容 |  | | | | | | |
| 乡镇  （街道办）  民政办  拟办意见 | 拟办意见：  民政办主任签字：  年 月 日 | | | | | | | |
| 乡镇  （街道办）  主要领导  意见 | 领导签字：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | |