附件2

被收养残疾孤儿继续领取

孤儿基本生活费申请登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被收养人基本情况** | 姓 名 |  | 性 别 |  | （儿童照片） |
| 公民身份  号码 |  | | |
| 收养登记证  字号 |  | 收养关系  成立日期 |  |
| 送养人姓名或机构名称 |  | 户籍所在地或  机构住所地 |  | |
| 残疾状况 | （请注明残疾等级和类别） | | | |
| **收养人**  **基本情况** | 姓 名 | 与被收养人  关系 | 工作单位 | 公民身份  号码 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 户籍地址 |  | | | |
| 实际住址 |  | | | |
| **申领意愿** | （按相关政策规定，申请继续领取孤儿基本生活费。）  被收养人： 收养人：  申请日期： 年 月 日 | | | | |
| **户籍所在地**  **民政部门**  **意见** | （公章）  主管领导签字： 日期： 年 月 日 | | | | |
| **备 注** |  | | | | |

**说明：**被收养人基本情况栏中，送养人为自然人的，填写自然人姓名、户籍所在地；送养人为儿童福利机构的，填写机构名称、机构住所地。