附件2

广西支出型救助审核认定表

（乡镇（街道）审核认定参考样式）

|  |
| --- |
| 广西壮族自治区 市 县 镇 |
| 临时救助申请家庭编号：45-10-23-0004（示例） |
| 申请家庭基本信息 |
| 申请人姓名 |  | 身份证号 |  | 民族 |  | 联系电话 |  |
| 居住/户籍住址 |  |
| 人员类别 | □特困 □孤儿或事实无人抚养儿童 □低保 □低保边缘家庭、支出型困难家庭 □其他对象 | 核定刚性支出金额 |  |
| 开户银行 |  | 开户人姓名 |  | 银行账号 |  |
| 救助人数 |  | 救助方式 |  | 申请救助金额 |  |
| 家庭成员主要情况 |
| 姓名 | 与申请人关系 | 身份证号 | 性别 | 民族 | 婚姻状况 | 工作单位（就业情况） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 以上情况属实，如有虚报，本人愿承担相应责任，如有骗取社会救助资金行为的，本人退回非法获取的救助资金，并接受民政部门1倍以上3倍以下的罚款。申请人（签字并按手印）： 年 月 日 |
| 入户调查情况 | 调查员： 申请人：年 月 日 |
| 委托核对信息反馈情况 | 公示情况 | 乡镇（街道）审核意见 |
| 核对信息平台反馈数据情况有/无差异信息查询员：年 月 日 | 从 年 月 日至 年 月 日公示 天，群众有/无异议。经办人员：年 月 日 | 经入户核实该家庭遭遇 困难，教育/医疗/其他刚性支出 元，建议救助 元。经办人员：年 月 日 | 同意/不同意实施临时救助 元。负责人（签字）：乡镇（街道）（公章）年 月 日 |

广西支出型救助审核表

（乡镇（街道）审核认定参考样式）

|  |
| --- |
| 广西壮族自治区 市 县 镇 |
| 临时救助申请家庭编号：45-10-23-0005（示例） |
| 申请家庭基本信息 |
| 申请人姓名 |  | 身份证号 |  | 民族 |  | 联系电话 |  |
| 居住/户籍住址 |  |
| 人员类别 | □特困 □孤儿或事实无人抚养儿童 □低保 □低保边缘家庭、支出型困难家庭 □其他对象 | 核定刚性支出金额 |  |
| 开户银行 |  | 开户人姓名 |  | 银行账号 |  |
| 救助人数 |  | 救助方式 |  | 申请救助金额 |  |
| 家庭成员主要情况 |
| 姓名 | 与申请人关系 | 身份证号 | 性别 | 民族 | 婚姻状况 | 工作单位（就业情况） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 以上情况属实，如有虚报，本人愿承担相应责任，如有骗取社会救助资金行为的，本人退回非法获取的救助资金，并接受民政部门1倍以上3倍以下的罚款。申请人（签字并按手印）： 年 月 日 |
| 入户调查情况 | 调查员： 申请人：年 月 日 |
| 委托核对信息反馈情况 | 公示情况 | 乡镇（街道）初审意见 |
| 核对信息平台反馈数据情况有/无差异信息查询员：年 月 日 | 从 年 月 日至 年 月 日公示 天，群众有/无异议。经办人员：年 月 日 | 经入户核实，该家庭因遭遇 困难，教育/医疗/其他刚性支出 元，因核对救助金额/同一事项重复申请，拟同意/不同意提交县级民政部门审核，建议救助 元。负责人（签字）：乡镇（街道）（公章）年 月 日 |

广西支出型救助审核认定表

（县级审核认定县级填报参考样式）

|  |
| --- |
| 广西壮族自治区 市 县 |
| 临时救助申请家庭编号：45-10-23-0005（示例） |
| 申请家庭基本信息 |
| 申请人姓名 |  | 身份证号 |  | 民族 |  | 联系电话 |  |
| 居住/户籍住址 |  |
| 人员类别 | □特困 □孤儿或事实无人抚养儿童 □低保 □低保边缘家庭、支出型困难家庭 □其他象 | 核定刚性支出金额 |  |
| 开户银行 |  | 开户人姓名 |  | 银行账号 |  |
| 救助人数 |  | 救助方式 |  | 申请救助金额 |  |
| 家庭成员主要情况 |
| 姓名 | 与申请人关系 | 身份证号 | 性别 | 民族 | 婚姻状况 | 工作单位（就业情况） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 县级民政局审核认定意见 |
| 根据 乡镇审核临时救助申请家庭编号：45-10-23-0005（示例），同意/不同意实施临时救助 元。社会救助股负责人（签字）：县级民政局分管负责人（签字）：民政局（公章）年 月 日 |

广西支出型救助审核认定表

（联席会议审核认定表参考样式）

|  |
| --- |
| 广西壮族自治区 市 县 |
| 临时救助申请家庭编号：45-10-23-0006（示例） |
| 申请家庭基本信息 |
| 申请人姓名 |  | 身份证号 |  | 民族 |  | 联系电话 |  |
| 居住/户籍住址 |  |
| 人员类别 | □特困 □孤儿或事实无人抚养儿童 □低保 □低保边缘家庭、支出型困难家庭 □其他象 | 核定刚性支出金额 |  |
| 开户银行 |  | 开户人姓名 |  | 银行账号 |  |
| 救助人数 |  | 救助方式 |  | 申请救助金额 |  |
| 家庭成员主要情况 |
| 姓名 | 与申请人关系 | 身份证号 | 性别 | 民族 | 婚姻状况 | 工作单位（就业情况） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 县级困难群众基本生活保障工作协调机构决议情况 | 经 年 月 日召集联席会议共同决议（会议决议文件编号： ，具体内容见附件），实施临时救助 元（包括已先行救助共 元）。 |
| 县级民政局审核意见 |
| 根据 乡镇（街道）初审临时救助申请家庭编号：45-10-23-0006（示例），经县级困难群众基本生活保障工作协调机构决议。同意本次实施临时救助共 元。社会救助股负责人（签字）：县级民政局分管负责人（签字）：县级民政局负责人（签字）：民政局（公章）年 月 日 |