附件 1

银川市贫困重度残疾人集中照护申请审批表

<table>
<tr><td rowspan="8">申请人或
受托人填写</td><td>申请人姓名</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>残疾人证号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>残疾类别</td><td></td><td>残疾等级</td><td></td></tr>
<tr><td>监护人姓名</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>与申请人关系</td><td></td><td>申请照护形式</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">本人因重度残疾，丧失生活自理能力，需要长期照护，自愿提出集中照护服务申请。集中照护期间，同意将个人所得政府救助金用于支付在照护机构产生的费用。

申请人（监护人）签字：　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>村（居委会）
意见</td><td colspan="4">负责人：　　经办人：　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>乡镇（街道）
审批意见</td><td colspan="4">申请人符合贫困重度残疾人认定条件，自　　年　　月起纳入集中照护范围。
申请人不符合贫困重度残疾人认定条件，理由：

负责人：　　经办人：　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

备注：此表 1 式 2 份，村（居）委会、乡镇（街道）各一份。