苏州市盲人按摩机构从业人员一次性特别补贴申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 近期免冠彩色照片 |
| 文化程度 |  | 残疾类别 |  | 残疾等级 |  |
| 身份证号 |  |
| 残疾证号 |  |
| 家庭住址 |  | 居住证签发日期（外地户籍） |  |
| 银行卡号 |  |
| 单位名称 |  | 单位地址 |  |
| 工资待遇 |  | 有无社保 |  |
| 申请人承诺 | 本人保证以上信息真实，愿接受相关部门对事实情况核实。如有不实，承担相关责任。申请人（签名）年 月 日 | 从业盲人按摩机构证明 | 负责人签名：附工资发放凭证（2021年11月起连续三个月工资明细或收入明细）盲按机构盖章年 月 日 |
| 所在地村（社区）意见 | 经办人签名（盖章）： 单位盖章： 年 月 日 |
| （镇（街道）残联意见 | 经办人签名（盖章）： 单位盖章： 年 月 日 |
| 各市、区残联意见 | 经办人签名（盖章）： 单位盖章： 年 月 日 |