**太仓市因病（残）就业困难人员社保补贴申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性 别 | | |  | | 年 龄 | | |  | 贴 照  片 处 |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | | | | |
| 社保编号 | |  | | | | 联系电话 | | | | |  | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | | | | |
| 病 种 | |  | | 劳动能力 | | | 完全丧失□ 大部分丧失□ | | | | | | |
| 申请补贴  参保项目 | | 城保补贴□ 居民养老保险补贴□ 居民补充养老保险补贴□  职工医疗保险补贴□ 居民医疗保险补贴□ 医保补缴补贴□ | | | | | | | | | | | | |
| 缴费银行及卡号 | | |  | | | | | | | | | 申请人签名： | | |
| 申请人家庭主要成员情况 | | | | | | | | | | | | | | |
| 称 谓 | 姓 名 | | | 性 别 | | 年 龄 | | | 从事职业、学业 | | | | | 全年收入 |
|  |  | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  |  | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  |  | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  |  | | |  | |  | | |  | | | | |  |
| 社区（村）  初审意见（盖章）：  经办人:  年 月 日 | | | | 镇（区）人社部门  审核意见（盖章）：  经办人：  年 月 日 | | | | | | | | | 市人社部门  审批意见（盖章）：  经办人:  年 月 日 | |

注：1、每年10月到本人所在地社区、村申请劳动能力鉴定，每年12月由市人社局组织劳动能力鉴定，达到完全丧失或大部分丧失劳动能力的，于次年1—2月份进行申报。

2、本表一式二份，报本人所在地社区、村初审后，报镇、区、市人社部门审核、审批。申报时带本人社会保障卡、劳动能力鉴定证书、低保或低保边缘家庭证明材料原件。对于经本人所在地社区、村确认的生活困难家庭成员，必须在所在地社区、村进行不少于5天的公示，并无异议。

3、上年度已享受补贴的人员，每年须进行资格复审，对不符合条件的，停止享受社保补贴。