附件2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 本人近期2寸 免冠照片 |
| 身份证号 |  |
| 户籍所在地 |  | 能力评估结果 |  |
| 个人月低保金 |  | 月残疾人两补资金 |  |
| 其他行政给付资金 |  | 银行卡号 |  |
| 入住养老机构情况 | 机构名称 |  | 家庭成员情况 | 姓名 | 与照护人关系及联系电话 |
| 机构所在地 |  |  |  |
| 月收费标准 |  |  |  |
| 月补贴标准 |  |  |  |
| 机构联系人及电话 |  |  |  |
| 本人和亲属申请意见 |  本人签字（手印）： 或家属签字（手印）： 年 月 日 |
| 乡镇街道审核意见 | 经办人： （公章） 年 月 日  | 县级民政部门审批意见 | 经办人： （公章） 年 月 日 |

**辽宁省经济困难失能老年人集中照护申请救助审批表**

注：相关证明材料可粘贴此表背后。