附件1：

**2023年广西残疾人个体工商户和灵活就业人员参加企业职工基本养老保险补贴申请审批表**

**（ 2022 年度）**

柳州 市 鹿寨 县 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人基本情况 | 姓 名 | |  | | | | | 性 别 | | | |  | | | 出生年月 | | | | |  | | | 一寸照片 |
| 文化程度 | |  | | | | | 残疾类别 | | | |  | | | 残疾等级 | | | | |  | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | 残疾证号 | |  | | | | | | | | | |
| 户籍所在地 | | |  | | | | | | | 联系电话 | |  | | | | | | | | | |
| 家庭住址 | | |  | | | | | | | | | 邮政编码 | | |  | | | | | | |
| 申请人开户银行 | | | | |  | | | | | | | 银行账号 | | |  | | | | | | | |
| 养老保险缴费金额 | | | | | | | |  | | | | 养老保险缴费  起止年月 | | | | | |  | | | | |
| 养老保险个人编号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 何时何地从事何种有收入的劳动（灵活就业人员填写） | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 个体工商户营业执照注册登记号（个体户填写） | | | | | | | |  | | | | | | | | 个人年收入 | | | | | 元 | |
| 本人承诺：已清楚了解该养老保险补贴的申请条件和程序，以上所填内容均真实有效，并愿意承担相应的法律后果。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人： | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 社区（村）  街道审核意见 | | 社区（村）意见：    审核人签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | 乡镇（街道）残联意见：  审核人签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 县  （市、区）残联或残疾人就业机构审核意见 | | 补贴金额 | | | 大写 | |  | | | | | | | | | | | 小写 | | | ￥ | | |
| 经手人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | 审核人：  年 月 日 | | | | | | | | | |