附件2

广州市资助残疾人参加企业职工基本养老保险申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | 残疾人证号 |  |
| 户籍街(镇) |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 开户银行 |  | 收款账户(号) |  |
| 本人申请（或受托人、监护人） | 本人已缴纳城乡居民基本养老保险 个月；已缴纳企业职工基本养老保险 个月，累计已缴费月份数为 个月。 年7月至 年6月期间，按规定缴纳企业职工基本养老保险 个月，费用共 元，其中：□按月延缴 个月，缴纳费用共 元；□趸缴 个月，缴纳费用共 元；□一次性缴费 个月，缴纳费用共 元。现申请企业职工基本养老保险资助，请予批准。本人承诺申请资助所提供的信息属实，且自愿承担由此产生的法律责任。申请人(签字或指模、印鉴)： 受托人/监护人：  年 月 日 |
| 街镇残联意见 | 经核实，申请人已缴纳城乡居民基本养老保险 个月；已缴纳企业职工基本养老保险 个月，累计已缴费月份数为 个月。依政策可享受资助 个月。经办人： 负责人： 年 月 日（盖章） |
| 区级残联意见 | 经核查，同意按 元/月标准资助 个月。本社保年度共资助 个月。具体资助明细如下：□按月延缴 个月，单位部分实际缴费 元，同意资助金额 元；□趸缴 个月，单位部分实际缴费 元，同意资助金额 元；□一次性缴费 个月，单位部分实际缴费 元，同意资助金额 元；资助总金额 元（金额大写：￥ 拾 万 仟 佰 拾 元整）。经办人： 负责人： 年 月 日（盖章） |

 编号：

说明： 此表一式两份，残联、参保人各存一份。