

附件

江门市贫困残疾人特殊困难临时救助审批表

填表日期： 年 月 日

姓名		性别		年龄		残疾类别、级别	
残疾人证号						联系电话	
住址						户口所在地	
家庭人口情况	姓名	性别	年龄	关系	健康情况	职业	月收入(元)
申请救助项目及困难情况说明							
附提供资料							
经办科室(综合科)意见					分管领导意见		
	年 月 日					年 月 日	
办公室意见					班子成员意见		
	年 月 日					年 月 日	

