附件1：

就业特别困难残疾人认定审批表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | | |  | 出生年月 |  |
| 残疾证号 |  | | | | | | |
| 残疾类别 |  | | | 残疾等级 | | |  |
| 户籍地址 |  | | | | | 联系方式 |  |
| 单位名称 |  | | | | | 工资待遇 |  |
| 城镇职工养老  保险个人编号 |  | | | | | | |
| 本人情况说明：  申请人：  年 月 日 | | | | | | | |
| 区县残联意见：  盖 章  年 月 日 | | | 区县财政意见：  盖 章  年 月 日 | | | | |