附件3

《病残津贴审核决定意见书》

|  |
| --- |
| **参保人基本情况** |
| 姓 名 |  | 证件号码 |  |
| 出生年月 |  | 联系方式 |  |
| 累计缴费年限（月） |  | 其中，视同缴费年限（月） |  |
| 劳动能力鉴定出具时间 |  | 劳动能力鉴定结论 |  |
|  **病残津贴情况** |
| 申请时点 |  | 病残津贴领取月数 |  |
| 起领时间 |  | 终止时间 |  |
| 资格初核部门 |  | 初核意见 |  |
| **决定意见** |
| 江西省社会保险电子专用章 年 月 日 |

备注：1.出生年月以本人档案最先记载的出生时间为准，无职工档案的参保人员出生年月以身份证记载的出生时间为准。

2.累计缴费年限满领取基本养老金最低缴费年限的参保人员，终止时间填写为

法定退休年龄当月。