附件2

青海省 病残津贴领取资格公示（模板）

为确保企业职工基本养老保险病残津贴领取资格审核工作公平、公正、公开，按照《企业职工基本养老保险病残津贴暂行办法》等相关规定，经初步审核，现对经鉴定完全丧失劳动能力且待遇领取地为本地的XX名申领病残津贴人员进行公示。公示期间为XX年XX月XX日至XX年XX月XX日。如有异议，可通过电话或来信方式进行投诉举报，投诉举报电话：XX，来信地址：XX。我们将对反映的情况认真查证，并为举报人保密。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 鉴定结论日期 | 申请日期 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

XX人力资源和社会保障局

年 月 日