附件3

青海省企业职工基本养老保险病残津贴审核表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 申领人员  身份 | | 企业在职职工□ |
| 灵活就业人员□ |
| 身份证  号码 |  | | 社会保障卡  银行账号 | |  | |
| 档案出生日期 |  | 参加工作时间 |  | 初次缴费  时间 | |  |
| 劳动能力鉴定编号 |  | 本次申领时间 |  | 申领人  联系电话 | |  |
| 户籍  所在地 |  | | | 申领次数 | | 初次申领□ |
| 第 次申领 |
| **市（州）人力资源社会保障**  **行政部门初审意见**  1.累计缴费XX月，其中，视同缴费XX月，实际缴费XX月；  2.本次起领时点为XX年XX月，终止时点为XX年XX月，共XX月；  3.待遇领取地为XX市（州）XX区（县）。  经办人签字：  XX年XX月XX日（盖章） | | | **省人力资源社会保障行政部门**  **审核意见**  1.累计缴费XX月，其中，视同缴费XX月，实际缴费XX月；  2.本次起领时点为XX年XX月，终止时点为XX年XX月，共XX月；  3.待遇领取地为XX市（州）XX区（县）。  经办人签字：  XX年XX月XX日（盖章） | | | |

注：申领人对审核事项有异议的，可以向病残津贴申请受理地、初审地和省人力资源社会保障厅申请复核，也可以按规定提起行政复议或行政诉讼。