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。