附件1

湖北省残疾人机动轮椅车燃油补贴审核表

|  |
| --- |
| **残疾人基本信息** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 民族 |  | 出生日期 |  |
| 文化程度 |  | 婚姻状况 |  |
| 户口类别 |  | 联系方式 |  |
| 残疾人证号 |  |
| 户籍地区划 |  |
| 居住地区划 |  |
| 居住地地址 |  |
| 残疾人等级 |  | 残疾人类别 |  |
| 申报年度 |  | 录入单位 |  |
| 机动车品牌 |  | 型号 |  |
| 购买年份 |  | 发票号 |  |
| 车架号 |  | 车类型 |  |
| 中央补贴（元） |  | 地方补贴（元） |  |
| **户口所在地或居住地县（市、区）残疾人联合会审核** |
|  单位（盖章）： 年 月 日联系人及电话：  |

附件2

残疾人机动轮椅车燃油补贴汇总表

 镇残联（盖章） 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 残疾人证号 | 地址 | 联系电话 | 机动车品牌 | 机动车型号 | 开户名 | 开户行 | 账号 |  备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |