

附件 1

2023年度郑州市视力、听力、言语残疾人 通讯信息消费补贴申请表

_____市_____区_____街道办（乡、镇）_____社区（行政村）

| 申请人信息 | | | |
|--|--|---------------------------------|--|
| 姓 名 | | 身份证号 | |
| 残疾类别 | | 残疾人证号 | |
| 联系电话 | | 家庭地址 | |
| 社会保障卡开 户行及账号 | | | |
| 自愿申请 2023 年郑州市残疾人通讯信息消费补贴 360 元/年, 承诺以上申报 信息全部准确真实。 申请人（签印）: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | | |
| 社区（行政村）初审意见 | | 街道办（乡、镇）审核意见 | |
| 经办人: _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | 经办人: _____ 年 _____ 月 _____ 日 | |
| 区县（市）残联审批意见 | | | |
| 经办人: _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | | |