附表：

青岛市城乡居民养老保险重度残疾人领取养老金申请表

所属村（居）委会：

申请日期： 年 月 日

姓 名		性 别		民 族		
出生日期		联系电话				
公民身份号码						
户籍所在地址						
居住地址				邮 编		
户籍性质	☐ 城镇居民		参保 时间	年 月 日		
	☐ 农村居民（集体经济组织成员）					
残疾证号			残疾证发证时间	年 月 日		
申请事项	本人现年满_____周岁，自愿从提出申请的次月（_____年 月）开始领取居民养老保险养老金，本人承诺所提供的本人一切信息属实， 并承担相应责任。					
参加其他 养老保险状况	企业职工基本 养老保险	☐ 是 ☐ 否	起始 时间	年 月	停止 时间	年 月
	机关事业单位 养老保险	☐ 是 ☐ 否	起始 时间	年 月	停止 时间	年 月
	被征地农民 社会保障或 地方新农保	☐ 是 ☐ 否	起始 时间	年 月	停止 时间	年 月
	老农保	☐ 是 ☐ 否	起始 时间	年 月	停止 时间	年 月
参保人声明： 以上填写内容正确无误。			街道（镇）保障中心审核意见：			
参保人： 年 月 日（签章）			经办人： 年 月 日（签章）			
区（市）残联确认意见：		区（市）社保经办机构核准意见：		市人力资源社会保障局意见：		
确认人： 年 月 日（签章）		核准人： 年 月 日（签章）		备案人： 年月日（签章）		

	)	
--	---	--

填表说明：本表一式五份，参保人、街道（镇）保障中心、区（市）残联、区（市）社保经办机构、市人力资源社会保障局各留存一份。