

附件 1

病残津贴申报审批表

编号:

姓名		性别		身份证号码	
单位名称		单位社保编码		劳动能力鉴定文书编号	
本人住址		监护人		监护人身份证号码	
本人联系电话		监护人联系电话		监护人住址	
社保卡金融功能账户开户行		社保卡金融功能账户号码		参保类别(单位职工、个体)	
仅在本地建立基本养老保险关系的请在右侧表格中划✓		在多地建有基本养老保险关系的请在右侧表格中注明养老保险关系具体所在的省(区、市)、市(州、地区、盟)、县(市、区、旗)			
申请人意见	本人自愿申报, 承诺所填信息均真实有效, 愿意自觉遵守有关病残津贴管理的规定。 本人或监护人(代理人)签字(捺印) 年 月 日				
以上各栏为申请人填写					
本地养老保险缴费月数		核实外地养老保险缴费月数		至提交劳动能力鉴定结论时总计缴费月数	
用人单位意见	同意上报, 并配合做好相关管理服务作。 年 月 日(公章)				
社保机构审核意见	上年四川省城镇居民可支配收入金额			核定病残津贴金额	
	经审核, 该同志符合病残津贴领取条件, 同意自 年 月起支付病残津贴。 年 月 日(盖章)				

(本表一式三份, 申请人、参保单位和社保机构各留存一份)

附件 2

领取病残津贴须知

建立病残津贴制度是贯彻落实《社会保险法》，维护因病或非因工致残完全丧失劳动能力人员养老保险权益的一项重要制度安排，领取病残津贴人员应知晓并遵守以下事项：

一、领取病残津贴的人员应鉴定为完全丧失劳动能力且缴费年限应满 15 年。领取前或领取后，凡未同时符合前述两项条件的不得领取病残津贴。

二、领取病残津贴人员有以下情形的应停止或暂停发放病残津贴：

（一）经复查鉴定为非完全丧失劳动能力的，停止发放病残津贴。

（二）领取病残津贴人员死亡的，停止发放病残津贴。

（三）领取病残津贴人员办理了基本养老金领取手续、按月领取基本养老金的，停止发放病残津贴。

（四）领取病残津贴人员参照养老（工伤）保险定期待遇领取资格认证办法每年实行一次网络认证或委托认证或上门认证。未按要求进行领取资格认证的，暂停发放病残津贴。

（五）领取病残津贴人员不按要求参加复查鉴定的，暂停发放病残津贴。

三、办理领取资格认证时，领取病残津贴人员本人和监护人应予配合。

四、领取病残津贴人员劳动能力恢复或死亡的，监护人应主动在 5 个工作日内向发放病残津贴的社会保险机构报告。