附件7-1：

西城区\_\_\_\_街道困境家庭服务对象入住社会福利机构

补助核准 年第 季度汇总表（低保）

街道办事处（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **入住人姓名** | **性别** | **户籍地址** | **身份证号** | **入住机构名称** | **核准时间** | **实际入住时间** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日

附件7-2：

西城区\_\_\_\_街道困境家庭服务对象入住社会福利机构

补助核准 年第 季度汇总表（低收入）

街道办事处（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **入住人姓名** | **性别** | **户籍地址** | **身份证号** | **入住机构名称** | **核准时间** | **实际入住时间** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日

附件7-3：

西城区\_\_\_\_街道困境家庭服务对象入住社会福利机构

补助核准 年第 季度汇总表（残疾人）

街道办事处（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **入住人姓名** | **性别** | **户籍地址** | **身份证号** | **入住机构名称** | **核准时间** | **实际入住时间** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日

附件7-4：

西城区\_\_\_\_街道困境家庭服务对象入住社会福利机构

补助核准 年第 季度汇总表（计划生育特殊困难家庭）

街道办事处（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **入住人姓名** | **性别** | **户籍地址** | **身份证号** | **入住机构名称** | **核准时间** | **实际入住时间** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日