附件

被收养病残孤儿继续领取

孤儿基本生活费申请登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被收养人基本情况 | 姓 名 |  | 性 别 |  |  |
| 公民身份号码 |  | | | 儿童  照片 |
| 收养登记证字号 |  | 收养关系成立日期 |  |  |
| 送养人姓名或机构名称 |  | 户籍所在地或机构住所地 |  | |
| 病残状况 | 🞎**短期内难以治愈的疾病（**请注明具体疾病）  🞎**残疾**（请注明残疾等级、类别或相关医学诊断） | | | |
| 收养人基本情况 | 姓名 | 与被收养人关系 | 工作单位 | 公民身份号码 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 户籍地址 |  | | | |
| 实际住址 |  | | | |
| 申领意愿 | （按相关政策规定，申请继续领取孤儿基本生活费。）  被收养人： 收养人：  申请日期： 年 月 日 | | | | |
| 户籍所在地民政部门意见 | （公章）  主管领导签字： 日期： 年 月 日 | | | | |
| 备注 |  | | | | |

**说明：**被收养人基本情况栏中，送养人为自然人的，填写自然人姓名、户籍所在地；送养人为儿童福利机构的，填写机构名称、机构住所地。