附件2

助浴服务汇总表

\_\_\_\_\_\_街道办事处（镇人民政府） 联系人： 联系电话： 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 住址 | 承办机构 | 身份类别 | | 受助次数（次） | 联系电话 |
| 分散供养的失能特困老年人 | 经济困难的高龄失能老年人 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：住址填写身份证上的详细住址；身份类别选择分散供养的失能特困老年人或经济困难的高龄失能老年人，用“√”表示；受助次数用“数字”填报。 | | | | | | | | | |