附件

残疾人自主创业扶持项目申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | | 照片 | |
| 文化程度 |  | 残疾类别 |  | 残疾等级 | |  | |
| 籍贯 |  | 身份证号 |  | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | |
| 联系方式 |  | | | | | | |
| 创业人员  类别 | 从事个体经营和便民服务的残疾人（ ）  从事农村种、养、加的残疾人（ ）  职业技能竞赛获奖残疾人选手（ ）  省级以上“自强模范”称号残疾人（ ） | | | | | | | | |
| 单位名称 |  | | | 就业形式 |  | | 创办时间 | |  |
| 经营项目 |  | | | 带动残疾人  就业人数 | | |  | | |
| 经营地点 |  | | | | 电话 | |  | | |
| 营业执照  登记号 |  | | | 证明运营  单位全称 |  | | | | |
| 申请扶持理由 | 本人签字：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 项目审核意见：    审核人签字：    、  负责人签字：  年 月 日  年 月 日  残联业务负责人签字： | | | | | | | | | |
| 县市区残联意见      （盖章）    年 月 日 | | | | 县市区财政部门意见  （盖章）    年 月 日 | | | | | |

注：县市区财政部门意见可以财政部门资金拨付文件为准。