

农村残疾人阳光增收项目申请表

- 45 -

附件 2

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		残疾证号					
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						
村（社区）意见（盖章）				镇（办）意见（盖章）			
年 月 日				年 月 日			
县（区）残联意见（盖章）				县（区）财政部门意见（盖章）			
年 月 日				年 月 日			
市级残联意见（盖章）				市级财政部门意见（盖章）			
年 月 日				年 月 日			

附件 3 2022 年支持集中安置残疾人就业单位审批表

基 本 情 况	单位名称		统一社会信用代码	
	法人代表		地址	
	联系方式		经营范围	
	单位职工总数		残疾职工数	
	资产规模 (万元)		上年度盈利 (万元)	
	所在县(市、区)同类 单位职工年收入(元)		残疾职工 年收入(元)	
可行性简述				
村(社区)意见(盖章) 年 月 日		镇(办)意见(盖章) 年 月 日		
县(区)级残联意见(盖章) 年 月 日		县(区)级财政部门意见(盖章) 年 月 日		
市级残联意见(盖章) 年 月 日		市级财政部门意见(盖章) 年 月 日		

附件 4

盲人按摩机构扶持申请表

机构名称：	
法人代表（负责人）：	
联系电话：	
统一社会信用代码：	
医疗机构许可证号：	
经营场所地址：	
经营场所面积：	
从业人员数：	从业盲人数：
县（区）残联意见（盖章） 年 月 日	县（区）财政部门意见（盖章） 年 月 日
市级残联意见（盖章） 年 月 日	市级财政部门意见（盖章） 年 月 日

附件 5

人力资源服务机构助力残疾人就业扶持申请表

机构名称		
详细地址		
开户行及账号		
法人（负责人）	姓名	
	身份证号码	
	手机号码	
人力资源 服务许可证	编号	
	有效期限	
成功介绍残疾人就业人数		
可行性简述		
县（区）残联意见（盖章）		县（区）财政部门意见（盖章）
年 月 日		年 月 日
市级残联意见（盖章）		市级财政部门意见（盖章）
年 月 日		年 月 日

附件 6

残疾人辅助性就业机构建设扶持申请表

基 本 情 况	机构名称			
	机构地址			
	机构法人代表 (负责人)		电话	
	兴办单位 (兴办人)		主管单位	
	登记注册机关		登记 注册号	
	机构性质	事业单位 () 民办企业 () 其他 ()		
	专职人员		生产项目	
	场地面积		资产规模	
	服务场所性质	自有用房 () 租赁房 ()		
就 业 残 疾 人 情 况	本年度安置 就业残疾人数	总人数 ()，其中： 智力残疾人 () 精神残疾人 () 重度肢体残疾人 ()		
	报酬标准			
县（区）级残联意见（盖章）		县（区）级财政意见（盖章）		
年 月 日		年 月 日		
市级残联意见（盖章）		市级财政意见（盖章）		
年 月 日		年 月 日		

附件 7

残疾人直播产业基地扶持申请表

基地名称	
详细地址	
法定代表人（负责人）	
联系方式	
基地占地面积（m ² ）	
年度培训残疾人数	
年度打造残疾人主播人数	
基地业务开展情况	直播带货（ ） 视频带货（ ） 短视频制作（ ） 其他（ ）
助力残疾人企业、基地产品营销情况	
可行性简述	
县（区）级残联意见（盖章） 年 月 日	县（区）级财政意见（盖章） 年 月 日
市级残联意见（盖章） 年 月 日	市级财政意见（盖章） 年 月 日

附件 8

美丽工坊扶持申请表

企业（机构）名称		统一社会信用代码	
法定代表人		联系方式	
详细地址		经营范围	
就业残疾妇女数		辐射带动残疾妇女数	
就业残疾妇女 年收入（元）		辐射带动残疾妇女 年收入（元）	
可行性简述			
县（区）级残联意见（盖章） 年 月 日		县（区）级财政意见（盖章） 年 月 日	
市级残联意见（盖章） 年 月 日		市级财政意见（盖章） 年 月 日	

附件9 残疾人就业增收基地建设申请表

申请单位							
详细地址							
邮政编码				办公电话			
登记注册机关				登记注册 证号			
基地性质				注册资金		万元	
法人代表姓名				联系电话			
联系人姓名				联系电话			
基地产 业情况	养殖类别			年养殖		头	
				规 模		羽	
						亩（水产）	
	种植作物		种植面积	亩	大棚	个	
	生产项目		年产量		年产值	万元	
帮扶残 疾人	全日制用工		人				
	非全日制用工		人				
	产业辐射带动		人				
	合 计		人				
村（社区）意见（盖章）				镇（办）意见（盖章）			
年 月 日				年 月 日			
县级残联意见（盖章）				县级财政意见（盖章）			
年 月 日				年 月 日			
市级残联意见（盖章）				市级财政意见（盖章）			
年 月 日				年 月 日			

附件 10

残疾人产业就业示范园区申请表

申请单位							
详细地址							
经营形式				注册资金	万元		
法人代表				联系电话			
联系人				联系电话			
基地 产业 情况	养殖类别			年养殖数量			
	种植作物		种植面积	亩	大棚	个	
	加工产品		年产量		年产值	万元	
	签订务工协议人数					人	
	签订产业帮扶人数					人	
	其他方式帮扶人数					人	
	合 计					人	
审查 审批 意见	村（社区）（盖章） 年 月 日			镇（办）盖章 年 月 日			
	县（区）残联（盖章） 年 月 日			县（区）财政局（盖章） 年 月 日			
	市残联（盖章） 年 月 日			市财政局（盖章） 年 月 日			

附件 11

安康市残疾人产业就业示范园区奖补资金申请表

示范机构（盖章）：

单位：人、元

申请奖补机构名称			
扶持贫困残疾人收入情况（印证资料附后）	年务工收入 $\geq$ 0.4 万元残疾人数	人	
	年务工收入 $\geq$ 1 万元残疾人数	人	
	产业帮扶收入 $\geq$ 0.4 万元残疾人数	人	
	合 计	人	
申请奖补金额（元）			大写：
机构开户银行及账号			
审查 审批 意见	村（社区）（盖章） 年 月 日		镇（办）盖章 年 月 日
	县（区）残联（盖章） 年 月 日		县（区）财政局（盖章） 年 月 日
	市残联（盖章） 年 月 日		市财政局（盖章） 年 月 日

附件 12

残疾人就业增收基地、产业就业示范园区建设验收表

基地（章）：

验收人：

验收时间:

[illegible]

村（社区）委会签章：

镇（办）签章：

县（区）残联签章：