附件

**残疾人自主创业扶持申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（ ）其他（ ） |
| 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 |  | 申请补贴金额（元） |  |
| 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：  |
| 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。