附件2

通 知  
  
各参保单位:  
 现将**企业职工**基本养老保险参保人员领取病残津贴手续办理有关注意事项通知如下:  
 一、单位劳资人员携带资料  
 1.参保人员完全丧失劳动能力鉴定结论;  
 2.参保人员个人档案原件(电子版拷贝至U盘）；  
 3.企业职工基本养老保险参保人员领取病残津贴申请表（见附件），表格信息填写完整；  
 4.职工身份证、社保卡（已激活金融账户）复印件;  
 5.《城镇职工企业养老保险在职职工信息询单》。  
 二、办理时间  
 2025年10月31日前完成申报，否则耽误公示及省厅复核时间，相关责任由单位、参保人员负责。

三、办理地点  
 市民中心二楼113号窗口

备注：机关事业单位参保人员病退手续办理，按原规定执行。

附件

企业职工基本养老保险参保人员病残津贴申请表

单位名称： 单位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 出生时间 | | 年 月 |
| 公民身份 号 码 |  | | | | 参加工作时间 | | 年 月 |
| 待遇领取地 |  | | 最后参保地 | |  | | |
| 完全丧失劳动能力程度鉴定结论出具时间 |  | | 病残津贴 申请时间 | |  | | |
| 联系电话 |  | | 居住地址 | |  | | |
| 个人承诺 | 本人知悉国家关于病残津贴的政策规定，现申请领取病残津贴。本人承诺未提供虚假、伪造与病残津贴相关的各类材料，不存在隐瞒服刑等情况，本人所填写的内容真实有效，如不符实，将承担法律责任和不利后果。 | | | | | | |
| 本人签字： |  |  |  | | 年 月 日 | |
| 呈报单位  意见 | 该参保人员已符合国家病残津贴相关政策，同意申请领取病残津贴。我单位申报材料真实有效，不存在欺诈、伪造档案和证明材料等弄虚作假行为，如有违反规定骗取病残津贴待遇的，按有关规定处理。 | | | | | | |
| 经办人： |  | 联系电话： （呈报单位盖章） | | | | |
|  |  |  |  | | 年 月 日 | |

注：1.单位名称：根据实际情况填写单位名称或灵活就业人员，通过单位申请时需加盖单位公章。2.出生年月以本人档案最先记载的出生时间为准，无职工档案的参保人员出生年月以身份证记载的出生时间为准。