附件1

**铜仁市残疾人机动车驾驶技能补贴申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 残疾证号 |  | 联系电话 |  |
| 培训机构名称 |  | 初次领证日期 |  |
| 驾照类型 |  | 驾驶证件号码 |  |
| 开户行 |  | 银行账号 |  |
| 家庭住址 |  |
| 本人签字 | 本人申请铜仁市残疾人驾驶培训补贴,所提交的材料真实、有效，复印件与原件一致。如有隐瞒或提供的材料虚假，愿意承担一切法律后果。  (签字）年 月 日   本人签字： 年 月 日 |
| 区（县）区残联  |  审核人: 年 月 日 （盖章） 年 月 日  |

附件2

年度铜仁市残疾人机动车驾驶技能补贴汇总表

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 驾驶证号 | 残疾证号 | 家庭住址 | 开户行 | 账号 | 电话号码 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |