附件

社会救助家庭经济状况复核申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 复核申请单位 |  | | | |
| 申请单位信息 | 单位名称 |  | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 联系人证件号码 |  | | |
| E-mail |  | 邮政编码 |  |
| 通讯地址 |  | | |
| 序号 | 核对编号 | 复核数据项 | 复核原因 | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |

经办人签字：

复核申请单位（盖章）：

年 月 日