**“身后一件事”申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本信息 | 亡者姓名 |  | 性别 |  |
| 亡者身份证号码 |  |
| 亡者所属派出所 |  |
| 经办人姓名 |  | 性别 |  |
| 经办人身份证号码  |  |
| 经办人手机号码 |  | 与亡者关系 |  |
| 经办人联系地址 |  |
| 需要办理 | □火化 □户口注销（90天） □丧葬费、抚恤金、个人账户一次性支付□基本医疗保险个人账户清算 □优抚对象丧葬费补助 □残疾人证注销 |
| 重点救助对象信息确认 | 是否属于如下重点救助对象：□否 □是（请在相应类别前打“√”并将相应证件提交殡仪馆，可享受免除殡葬基本服务项目费用基础上赠送 元骨灰盒）。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ 低保对象 □ 五保老人 □ 特困户家庭成员 □ 百岁以上老年人 □ 烈士遗属 □ 因公牺牲军人遗属 □ 残疾军人 □ 伤残人民警察 □ 伤残民兵民工 □ 伤残国家机关工作人员 □ 带病回乡退伍军人 □ 参战参试军队退役人员 □ 老复员军人（指1954年10月31日前入伍） □ 区级以上劳动模范 □ 享受定期抚恤金的病故军人遗属 □ 享受定期生活补助金的红军失散人员 □ 持《残疾人基本生活保障证》的残疾人 |
| 丧葬费抚恤金个人账户一次性承诺信息 | 同意将所有可享受待遇全部拨付至逝者本人待遇发放银行账户中。逝者为非待遇领取人员时，请务必填写逝者本人银行账户信息供拨付待遇：开户银行：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_银行账号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_与亡者关系：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_　 手机号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_＿ 签名：\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |
| 备注 | 温馨提醒：生前非待遇领取人员如存在视作缴费年限需进行认定的，请自行前往人力社保行政部门办理审批认定手续（需提供亡者本人人事档案），并按原渠道提交至经办机构。 |