附件8

最低生活保障对象审核公示单

（工作人员填写）

 村（社区）：

下列家庭申请最低生活保障，现将通过审核的家庭予以公示，接受社会监督，如有异议，请提供事实依据向我处反映。

公示时间： 年 月 日至 年 月 日（7天）

举报电话：

 综合便民服务中心（盖章）

 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 保障对象姓名 | 申请人姓 名 | 家 庭所在村（社区） | 家庭人口数 | 拟保障人口数 | 家庭成员人均收入（元/月） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |