附件15

 乡镇 年 月

在保对象汇总表

（工作人员填写）

以下为本月份我辖区内城乡低保、特困供养人员。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在村（社区） | 申请人姓 名 | 保障人口数 | 保障类型 | 银行卡号 | 保障金额（元/月） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 综合便民服务中心（盖章）

年 月 日