申请病残津贴公示书

姓名 ，性别 ， 年 月出生，居住地： 市 区 街道 社区，现已了解国家关于病残津贴的相关政策，也知悉完全丧失劳动能力将对就业及参保产生的影响和后果，经慎重考虑，特提出领取病残津贴的申请。

本人签字：

年 月 日

按照国家人社部、财政部《企业职工基本养老保险病残津贴暂行办法》的相关规定，现对上述人员的病残津贴申请情况进行公示，公示时间不少于5个工作日。公示期间如有任何问题，知情人可向025-12333进行举报。公示无异议后我单位将为其办理相关申请手续。

公示开始时间： 公示结束时间：

公示地址：

（单位盖章）

年 月 日