落实组通字【　　】　号文件《关于提高离休干部护理费标准的通知》审批表

单位名称（章）：　　单位编码：　　单位：元

序号	姓名	身份证号码	出生年月	参加工作时间	离休时间	提高待遇情况					备注
						原标准	新标准	增加差额	补发月数	补发金额	
小计											

说明：1、根据组通字【　　】　号文件，执行时间　　年　　月。

2、补发月数不含补发当月。

3、此表一式二份，社保业务、综合各一份留存。

单位经办人：　　联系电话：　　审核章：

年　　月　　日

抚顺市社会保险事业管理局机关事业保险中心