|  |
| --- |
| 附表1城乡居民基本养老保险业务申请表 |
| **业务类型：** 所属县（市、区）： 受理机构：  |
| **基本信息：** |
| 姓名： 有效身份证件类型： 有效身份证件号码： 户籍地址：居住地址：出生日期： 性别： 民族： 联系电话： |
| **申请内容：**（具体内容由系统根据实际业务生成） |
|  |
| **申请人声明：**本人已认真阅读填表说明及告知书内容。本人承诺：本人知晓并符合申请业务的条件，提供的材料和填报的内容均真实有效，如有不实，愿承担由此引起的相应法律后果。 |
| 申请人（签字）： 　　 　　年　 　月　 　日 |
| 备注： |
| 填表说明：本表由业务申请人员签章确认。**申请人确因不具备书写能力的，**可由他人代为签字，同时在备注栏说明原因，申请人**需在姓名处留指纹确认。** |
| 附表2城乡居民基本养老保险业务核定表 |
| **业务类型： 经办机构（公章）：** |
| **基本信息** |
| 姓名： 有效身份证件类型： 有效身份证件号码： 户籍地址：居住地址：出生日期： 性别： 民族： 联系电话： |
| **核定内容：**（具体内容由系统根据实际业务生成） |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 受理人：受理时间： 　　 　　 | 经办人：经办时间： |
| 复核人：复核时间： | 审核人：审核时间： |
| 备注： |
|  |

附表3

城乡居民基本养老保险

业务受理情况表

 同志：

您申请办理城乡居民基本养老保险 □参保登记 □变更登记 □待遇申请 □注销登记 □保险关系转移 □其他业务：（请填写）

□已经完成受理，将继续报送上级办理。已接收您提交的□申请表单 □户口簿（复印件） □身份证件（复印件） □承诺书 □委托书 □其他（请填写） 等材料。

□由于以下原因未能予以受理：

1.不符合参保条件，原因为：□未满16周岁 □正在参加机关事业单位养老保险或企业职工基本养老保险 □已领取其他社保待遇 □重复参加城乡居民基本养老保险 □在校生 □现役军人 □其他

2.不符合待遇领取条件，原因为：□未达到待遇领取年龄 □缴费年限不足 □已领取其他社保待遇 □监内服刑 □丧失国籍 □其他

3.不符合其他受理条件，原因为：

4.缺少以下必备材料： □户口簿（复印件） □身份证件（复印件） □承诺书 □委托书 □其他（请填写）

请您在符合申请条件或补齐有关材料后重新提交申请。

经办人（签字或签章）： 联系电话：

时间： 年 月 日

附表4

城乡居民基本养老保险

经办业务委托书

委托人： 有效身份证件号码： 受托人： 有效身份证件号码：

委托内容：委托人全权委托受托人代办福建省城乡居民基本养老保险（请勾选）□参保登记 / □变更登记 / □注销登记（**仅指丧失国籍或已享受其他基本养老保障待遇的注销登记申请**） / □待遇领取申请 手续。本委托书自签字之日起生效，有效期至 年 月 日。

委托人郑重声明：受托人的代办行为对委托人具有法律效力，本人确保提供给受托人办理相关业务所需提交的材料以及委托代办人填报的信息均真实、准确、完整、有效。

委托人（签字）： 年 月 日

联系地址：

联系电话：

受托人承诺：

本人已充分知晓受托人的代办义务及委托人的委托要求，在此本人郑重承诺：严格按照委托人的要求办理相关业务，不违背委托人意愿。本人悉知，如作出不实承诺或有违背委托人意愿行为，导致委托人利益受损等责任由本人承担，同时，可能被列入社会保险领域严重失信人名单，并承担相应的法律责任。

受托人（签字）： 年 月 日

联系地址：

联系电话：

附表5

城乡居民基本养老保险经办业务证明事项

告 知 承 诺 书

|  |
| --- |
| 承诺人（签字）： 承诺日期： 年 月 日 |
| 有效身份证件号码： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 与参保人关系：□本人/□法定监护人/□法定继承人或指定受益人/□代办人（勾选） |
| 联系电话：  |
| 参保人姓名：  |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人身份证件号码： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 办理业务及承诺信息（勾选并补充完整）：□**城乡居民基本养老保险关系转移接续申请**：参保人员户籍关系由 （填写到县区）转移到 （填写到县区）□**城乡居民养老保险注销登记**：1.死亡注销登记 （继承人姓名）为参保人的法定继承人或指定继承人，参保人已于 年 月 日死亡2.丧失国籍注销登记参保人员已于 年 月 日注销中华人民共和国国籍，□加入 国籍3.已享受其他基本养老保障待遇注销参保人员已于 年 月起在 （市、县、区）享受□城镇职工基本养老保险待遇 □机关事业单位养老保险待遇 □无力参保县及以上集体所有制企业退休人员老年生活保障金 □未参保高龄职工老年生活保障金 □其他基本养老保障待遇 （请填写）□**受申请人委托代为申请有关业务** |
| 承诺内容：本人已认真阅读《城乡居民养老保险经办业务证明事项告知承诺制告知书》及相关规定，对社会保险公共服务事项证明义务和办理条件已充分知晓。在此本人郑重承诺，已经符合本业务办理条件，填报和提交的所有信息均真实、准确、完整、有效，并授权同意经办机构通过其他部门、机构、企业查询与承诺相关的个人信息，用于核实承诺内容的真实性。同时，知悉本人如作出不实承诺，将被列入社会保险领域严重失信人名单，相关失信信息将在“信用中国”、人社门户网站等媒介公示，并接受由相关部门实施包括限制乘坐飞机、乘坐高等级列车和席次、获得贷款授信，通报批评，公开谴责等在内的跨部门联合惩戒，涉及犯罪的移交司法机关处理。 |

 福建省城乡居民基本养老保险经办业务证明事项告知承诺制

告 知 书

一、按照《人力资源社会保障部办公厅关于印发<人力资源社会保障系统开展证明事项告知承诺制试点工作实施方案>的通知》（人社厅发〔2019〕71号）要求，本城乡居民养老保险经办业务证明事项实行告知承诺制。

二、办事对象须知晓本事项相关办理条件，有义务如实提交本人相关信息，并签署《城乡居民养老保险经办业务证明事项告知承诺制承诺书》，原则上不允许代为承诺。不具备民事行为能力或书写能力的办事对象，经城乡居民养老保险经办机构同意后，可由其法定监护人代为承诺。

三、办事对象办理指定业务时，不再需要提交承诺事项涉及证明材料（办事对象主动提交有关证明材料的，可不填写本承诺书）。城乡居民养老保险经办机构依据办事对象作出的承诺为其办理相关业务，并通过部门内、部门间核查等方式对承诺内容进行核实，对于无法核实的内容，可以要求办事对象提交必要的相关证明。办理流程和结果接受社会监督举报。

四、办事对象有较严重的不良信用记录或曾作出虚假承诺的，不适用告知承诺制。

五、办事对象不符合相关办理条件，或者未按照城乡居民养老保险经办机构要求办理相关事项的，不予进行告知承诺和业务办理。办事对象有故意隐瞒真实情况、提供虚假承诺或者以其他不正当手段取得相应证明材料等严重违纪违规行为的，依法依规进行处理，纳入社会保险领域严重失信人名单，由相关部门实施联合惩戒。失信人员信息视情况向社会公布，涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

|  |
| --- |
| 附表6城乡居民基本养老保险参保登记表 |
| 乡镇（街道）： 村(居)委会: |
|  业务类型： □参保登记 □变更登记 |
| \*姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 民 族 | 　 |
| 出生日期 | 　 | \*手机号码/联系电话 | 　 |
| \*有效身份证件类型 | 　 | \*有效身份证件号码 | 　 |
| **以上为参保登记必填项目** |
| 户籍地址 | 　 | 居住地址  | 　 |
| 个人缴费档次 | □200元 □300元 □400元 □500元 □600元 □700元 □800元  |
| □1000元 □1500元 □2000元 □2500元 □3000元 □ 元 |
| 社会保障卡金融服务开户行 | 　 | 社会保障卡银行账号 | 　 |
| 特殊参保群体 | □低保对象 □特困人员 □重度残疾人 □轻度残疾人 □计生对象 □其他  |
| \*变更项目 | □姓名 □民族 □性别 □出生日期 □户籍地址 □居住地址 □联系电话 □有效身份证件信息 □特殊群体身份 □社会保障卡银行账户信息 |
| 其他参保或变更情况备注（变更身份证信息的，请在本栏填写变更前的姓名及有效身份证件号码） | 　 |
| 　申请人声明：　本人已了解填表说明及表格背面的告知内容，承诺符合参保条件，保证以上填写内容真实无误,如不属实，自愿承担相应的法律责任。 申请人（签字）： 申请日期： 年 月 日  |
| 　村（居）委会受理意见：　 | 　 | 　乡镇（街道）或县（市、区）经办意见： |
|   | 　 |
|  受理人：　　 　　 年　　月　　日（签章） | 　经办人：　　 　　年　　月　　日（签章） |
|  县（市、区）复核意见： | 　 |  县（市、区）审核意见： | 　 |
| 　 | 　 |
|  复核人： 年　　月　　日（签章） |  审核人： 年　　月　　日 |
| **填表说明：**1.本表由申请参保的人员填写，确因不具备书写能力无法填报纸质材料或签字签章的，可由他人代为填报，但申请人需在签章姓名处留指纹确认。2.选择性项目，请在“□”内打“√”。3.制度实施时年满60周岁的城乡居民填写此表时，“个人缴费档次”栏不填。4.变更登记时，标注“\*”项目为必填项，同时仅需在需要变更的项目填写内容，并根据实际变更内容提供相应材料。个人缴费档次变更请前往税务部门办理。5.本表格填写后若需修改，应重新填写或在涂改处由参保人员签章并按指纹确认。 |

附表7

|  |
| --- |
| 城乡居民养老保险个人权益记录单 |
| 打印日期: 年 月 日 |
| 社保机构：  |
| 参保信息 |
| 姓名 | 　 | 有效身份证件类型 | 　 |
| 有效身份证件号码 | 　 |
| 参保地（统筹区） | 　 |
| 参保日期 | 　 | 参保状态 | 　 |
| 缴费信息（元） |
| 缴费年度 | 缴费类型 | 缴费金额（含政府代缴） |
|  年 |  |  |
|  年 |  |  |
|  年 |  |  |
|  年 |  |  |
|  年 |  |  |
|  年 | 　 | 　 |
|  年 | 　 | 　 |
|  年 | 　 | 　 |
|  年 | 　 | 　 |
|  年 | 　 | 　 |
| 截至上年底或待遇核定时个人账户总额 | 　 |
| 待遇信息（元） |
| 养老金起领时间 | 　 | 当前养老金标准 | 　 |
| 其中： | 基础养老金 | 　 | 个人账户养老金 | 　 |
| 当前个人账户余额 | 　 |
| 注：本表如需盖章，请前往参保地城乡居民养老保险经办机构提出申请。 |
| 附表8城乡居民养老保险个人账户异议审查申请表 |
|  |  |  |  |  |  |
| 姓名 | 　 | 有效身份证件号码 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 联系地址 | 　 | 提交时间 | 　 |
| 异议内容： 参保人签章：  |
| 审查结果：稽核人员： 年 月 日 审核人： 年 月 日经办机构（公章）： |
| 核查、处理结果： 告知人员： 告知时间： 年 月 日 |
|  |  |  |  |  |  |
| 填表说明：“异议内容”、“审查结果”、“告知情况”：若相关内容表格不够填写或有附件材料，均另附说明连同此表一并提交或保存。  |

|  |
| --- |
| 附表9城乡居民基本养老保险待遇领取告知书 |
| 乡镇（街道）： |  |  |  |  | 村（社区）： |
| 姓名 | 　 | 有效身份证件号码 | 　 | 出生年月 | 　 |
|  根据参保信息显示，您于 年 月参加城乡居民基本养老保险，将于 年 月达到待遇领取年龄。您目前的状态为： |
|  □您即将达到城乡居民养老保险待遇领取年龄，且已缴足保险费，请及时向村（居）协理员或乡镇（街道）劳动保障事务所或县级社保机构办理待遇领取手续，也可通过互联网经办渠道（“福建居民养老保险”微信、支付宝小程序、省便民服务大厅等）申领待遇。 |
|  □您不符合待遇领取条件。原因：实际缴费年限不足，请及时至税务部门办理补缴手续。实际缴费年限： 年，应中断补缴的年限： 年。□您不符合待遇领取条件。原因：在职工基本养老保险仍有参保关系，请按照《福建省人力资源和社会保障厅 财政厅转发国家人社部、财政部关于印发城乡养老保险制度衔接暂行办法等有关文件的通知》（闽人社文〔2014〕199号）等有关规定办理制度衔接手续。□您不符合待遇领取条件。原因：您已领取其他法定养老保险待遇、无力参保县及以上集体所有制企业退休人员老年生活保障金或未参保高龄职工老年生活保障金，不得申请领取城乡居民基本养老保险待遇。 □您不符合待遇领取条件。原因：持省内（不含）居住证参保人员在参保地未缴足10年（不含补缴），请及时将保险关系转回户籍所在地，由户籍所在地按规定核定并发放待遇。 □您不符合待遇领取条件。原因：  |
|  若您有参加其他基本养老保险，如企业职工基本养老保险、机关事业单位养老保险、其他地区的城乡居民基本养老保险等，请在办理待遇申请手续前及时办理转移衔接手续，以免未及时办理相关手续而影响待遇领取权益。 |
|  若您不满足城乡居民养老保险待遇领取条件但多领、冒领养老待遇，社保机构有权从您领取银行账户中抵扣多领、冒领资金。 |
| **以上告知事项若有疑问，请及时联系村（居）协理员、乡镇（街道）事务所或县（市、区）社保经办机构** |
| 经办人： | 　 | 联系电话： | 　 | 社保机构： | 　 | 联系电话： | 　 |
| 制表日期： 年 月 日 |
| 附表10城乡居民基本养老保险待遇领取申请表 |
| 乡镇（街道）： |  | 村（社区）： |  |  |  |  |  |  |  |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 有效身份证件号码 | 　 |
| 户籍地址 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 居住地址 | 　 | 累计缴费年限 | 　 |
| 社会保障卡开户银行 | 　 | 社会保障卡银行账号 | 　 |
| 告知事项： 一、已领取其他法定养老保险待遇、无力参保县及以上集体所有制企业退休人员老年生活保障金或未参保高龄职工老年生活保障金的人员，不得申请领取城乡居民基本养老保险待遇。 二、若您重复参加企业职工基本养老保险或机关事业单位工作人员养老保险，请在达到城镇职工法定退休年龄时，申请领取职工基本养老保险或城乡居民社会养老保险待遇之前办理城乡养老保险关系衔接手续。职工养老保险累计缴费年限不足最低缴费年限的，可申请延长缴费，将城乡居民养老保险个人账户储存额转入职工养老保险，终止城乡居民养老保险关系。若未按规定转移或终止城乡居民养老保险关系而领取城乡居民养老保险养老金的，参保人员领取的城乡居民养老保险养老金应当全部退还。 三、待遇领取人员应配合社保经办机构做好待遇领取资格认证。我省城乡居民养老保险待遇领取资格认证将采用递延认证机制。认证周期采用递延计算方式，认证周期开始时间为最新认证时间。每个认证周期内，待遇领取人员至少认证一次，也可多次认证。每认证一次，最新认证时间即为新认证周期开始时间，认证周期结束时间自动向后递延，目前的认证周期为365天。逾期未认证的，社保经办机构将暂停发放待遇，待完成认证后再予以补发。 四、城乡居民养老保险待遇领取人员待遇领取期间服刑或社区矫正的，按有关规定执行停发养老金或暂停调整养老金。 五、待遇领取人员若违反相关法律法规、政策规定重复领取、冒领或多领城乡居民养老保险待遇的，待遇领取人员或有关人员应当退还，社保机构有权从您领取银行账户中抵扣多领、冒领资金；若拒不退还违法违规领取的养老金，社保经办机构有权移交行政部门或司法部门依法予以处理。 |
|  本人已经了解以上告知事项，承诺：已无其他基本养老保险参保关系，已收到《待遇资格认证告知书》，领取待遇后愿意配合做好待遇资格认证，并愿意配合经办机构做好多领待遇的退还工作。现申请领取城乡居民基本养老保险待遇。  申请人： 申请日期： 年 月 日  |

附表11

城乡居民基本养老保险待遇核定表

 单位：元

|  |
| --- |
|  |
|  参保人姓名 | 　 | 性 别 | 　 | 有效身份证件号码 | 　 | 联系电话 | 　 | 　 |
| 出生年月 | 　 | 到龄日期 | 　 | 参保日期 | 　 | 银行账号 | 　 | 当前账户积累总额 | 　 |
| 累计缴费年限 | 　 | 正常缴费年限（年度正常缴费及一次性补缴） |  | 中断补缴累计年限 |  | 老农保转入积累总额 |  | 老农保账户转入视同年限 |  |
| 职工养老保险实际转入金额 | 　 | 职工养老保险转入视同年限 | 　 | 待遇启领时间 | 　 | 首次核定月养老金总额 | 　 | #基础养老金 |  | #个人账户养老金 | 　 |
| #高龄倾斜 |  | #长缴多得 |  | #其他1 |  | #其他N | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 县（市、区）经办意见：经办人（签章）：　　　 　　年　　月　　日 | 县（市、区）复核意见：复核人（签章）： 　 年　　月　　日 | 县（市、区）审核意见：审核人（签章）：　 年　 月　 日 |

附表12

恢复领取城乡居民基本养老保险养老金申请表

乡镇（街道）： 村（社区）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 有效身份证件号码 |  |
| 户籍地址 |  |
| 联系电话 |  |
| 申请理由 | □未重复领取其他养老待遇□生存状态或国籍状态正常□刑期结束 刑期结束时间： 年 月 日□服刑转为社区矫正 社区矫正开始时间： 年 月 日□其他  |
| 申请人（签字）： 申请日期： 年 月 日  |
| 经办人意见（签章）： 年 月 日 |
| 复核人意见（签章）： 年 月 日 |
| 审核人意见（签章）： 年 月 日 |

|  |
| --- |
| 附表13城乡居民基本养老保险暂停发放审批表 |
| （ 年 月） |
| 经办机构：  | 打印日期： 年 月 日 |
| 序号 | 乡镇（街道） | 村（社区） | 姓名 | 身份证号码 | 停发年月 | 停发原因 | 月养老金标准 | 备注 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 经办人： |  |  | 复核人： |  |  | 审核人： |  |  |
| 经办时间： |  | 复核时间： |  | 审核时间： |  |  |
| 附表14城乡居民基本养老保险恢复发放审批表 |
| （ 年 月） |
| 经办机构：  | 打印日期： 年 月 日 |
| 序号 | 乡镇（街道） | 村（社区） | 姓名 | 身份证号码 | 停发年月 | 恢复年月 | 停发原因 | 月养老金标准 | 补发月数 | 补发金额 | 备注 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 经办人： |  |  | 复核人： |  |  | 审核人： |  |  |  |  |
| 经办时间： |  |  | 复核时间： |  |  | 审核时间： |  |  |  |

附表15

城乡居民基本养老保险封存（解封）申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 乡镇（街道）： |  |  | 村（社区）： |
| **申请事项** |
| □个人账户封存 □个人账户解封 |
| **参保人（被封存人员）信息** |
| 参保人员姓名 | 　 |
| 有效身份证件号码 | 　 |
| 户籍地址 | 　 |
| 封存（解封）情况说明： | 村（居）委会意见：　经办人（签章）： 　　　　年　　月　　日 |
| 乡镇（街道）事务所意见：经办人（签章）：　　 　年　　月　　日 | 县（市、区）经办意见：经办人（签章）： 　 年　　月　　日 |
| 县（市、区）复核意见：复核人（签章）： 　 年　　月　　日 | 县（市、区）审核意见：审核人（签章）：　 年　 月　 日 |

附表16

城乡居民基本养老保险注销登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 乡镇（街道）： |  |  | 村（社区）： |
| **参保人信息** |
| 参保人员姓名 | 　 |
| 有效身份证件号码 | 　 |
| 注销原因 | □丧失国籍，丧失国籍时间： 年 月 |
| □已享受其他基本养老保障待遇，起始时间： 年 月 |
| □死亡，死亡时间： 年 月 日 |
| **申请人信息** |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 出生日期 | 　 |
| 与参保人员关系 | □本人 □法定继承人 □指定受益人 □受托代办人（仅适用于丧失国籍或已享受其他基本养老保障待遇情况的注销申请） |
| 有效身份证件号码 | 　 |
| 联系电话 | 　 |
| 居住地址 | 　 |
| 社会保障卡开户银行 | 　 |
| 社会保障卡银行账号 | 　 |
| 城乡居民基本养老保险注销给付资金由银行代发，凭身份证到指定银行领取。受参保人委托办理注销手续的，应填写参保人身份证、社保卡有关信息。 |
| 申请人确认： 本人保证以上填写内容真实无误,如不属实，自愿承担相应的法律责任。 申请人（签字）：　　 申请日期 　年　　月　　日 | 村（居）委会受理意见：　受理人（签章）： 　　 　　年　　月　　日 |
| 乡镇（街道）事务所意见：经办人（签章）：　　 　年　　月　　日 | 县（市、区）经办意见：应退还个人账户余额：应发放丧葬补助金额：若个账余额或丧葬金不予退还或无法发放，请写明理由及处理意见：经办人（签章）： 　 年　　月　　日 |
| 县（市、区）复核意见：复核人（签章）： 　 年　　月　　日 | 县（市、区）审核意见：审核人（签章）：　 年　 月　 日 |
| **填表说明：**填写“注销原因”一栏时，请在相关选项后的□内打“√” |

附表17

城乡居民基本养老保险关系转入申请表

|  |
| --- |
| 现户籍所在乡镇（街道）： 村(社区):  |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 出生日期 | 　 |
| 有效身份证件类型 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 有效身份证件号码 | 　 |
| 原户籍地址 | 　 |
| 现户籍地址 | 　 |
| 现居住地址  | 　 |
| 个人缴费档次 | □200元 □300元 □400元 □500元 □600元 □700元 □800元  |
| □1000元 □1500元 □2000元 □2500元 □3000元 □ 元 |
| 社会保障卡开户银行 | 　 | 社会保障卡银行卡号 | 　 |
|  特殊参保群体  | □低保 □特困 □重残 □轻残 □计生 □其他  |
| 其他情况备注 | 　 |
| 　申请人声明：　 本人已了解填表说明，保证以上填写内容真实无误,如不属实，自愿承担相应的法律责任。 申请人（签章）：　　 　　 年　　月　　日 | 　村（居）委会受理意见：　　　　　 受理人（签章）： 　　 　　年　　月　　日 |
| 　乡镇（街道）事务所意见：　　　　经办人（签章）：　　　 　　年　　月　　日 |  县（市、区）经办意见：　　　　 经办人：（签章） 　　 　　 年　　月　　日 |
|  县（市、区）复核意见：　　　　复核人（签章）：　　　 　　年　　月　　日 |  县（市、区）审核意见：　　　　 审核人：（签章） 　 　　 年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| 附表18城乡居民基本养老保险关系转入 |
| 接 收 函 |
| 转入函字〔 〕第 号 |
|  ： |
|  经审核，同意将 的养老保险关系转入我县（市、区），请予办理相关手续： |
| 　 |
| 姓名 | 　 | 有效身份证件类型 | 　 | 有效身份证件号码 | 　 |
| 性别 | 　 | 现户籍地址 | 　 |
| 　 |  |  |  |  |  | 　 |
|  请将该参保人员的个人账户资金汇入下列账户： |  |  | 　 |
| 账户名：  |  |  |  |  | 　 |
| 开户行：  |  |  |  | 　 |
| 账 号： |  |  |  |  | 　 |
| 　 |  |  |  |  |  | 　 |
| 特此函告。 |  |  |  |  | 　 |
|  单位名称（章）： |
|  年 月 日 |
| 经办人员： |  |  |  |  | 　 |
| 地 址：  |  | 　 |
| 邮 编：  |  | 　 |
| 联系电话：  |
| **填表说明**：此表一式两联，转入地、转出地县社保机构各留存一份。 |  |  |

附表19

城乡居民基本养老保险关系转出审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 |
| 有效身份证件类型 | 　 | 有效身份证件号码 | 　 |
| 户籍地址 |   | 参保时间 | 　 |
| 居住地址 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 转出地村（居）委会 |   | 转入地村（居）委会 | 　 |
| 转出地县级 社保机构 |   | 转入地县级 社保机构 | 　 |
| 缴费起始时间 | 　 | 缴费终止时间 | 　 | 累计缴费年限 | 　 |
| 历年个人账户明细(元) |
| 年份 | 个人缴费 | 补助（资助） | 政府补贴 | 利息 | 其他 | 至本年末个人账户累计储存额 | 备注 |
| 村 | 其他 | 省 | 市 | 县 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 转出时间 |   |
| 转出金额 |   | 大写 | 　 |
| 转出原因 | 　 |
|  转出地县（市、区）级社保机构意见：经审核，该参保人员符合城乡居民基本养老保险转移条件，同意其从即日起转出城乡居民基本养老保险关系和个人账户储存额。 |
| 初审受理（签章）：  年 月 日 | 复核（签章）：  年 月 日 | 审核（签章）：  年 月 日 |
| **填表说明：此表由转出地县社保机构通过信息系统打印生成。一式两份，转入地、转出地县社保机构各留存一份。** |

附表20

城乡居民基本养老保险定期待遇基金拨付说明

（ 年 月）

|  |  |
| --- | --- |
| 项目 | 金额（元） |
|  年 月 城乡居民基本养老保险定期待遇基金拨付说明（合计） | 大写：  |
| 小写：￥  |
| 用 款 说 明 |  本月实有待遇领取人员 人，比上月 人净增加 人，应支出基金 元，比上月 元净增加 元。 1、本月新增待遇领取人员 人，新增月养老金 元，恢复发放养老金 人，恢复发放月养老金 元；停发养老金 人，停发养老金 元。 2、本月增加调整养老金 元，补发待遇领取人员养老金及补发调整的养老金合计 元。 |

财务复核： 业务审核： 业务经办：

时间： 时间： 时间：

附表21

城乡居民基本养老保险定期待遇基金拨付单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 拨付单位： | 汇总日期： |  | 拨付单号： |  | 单位：人、元 |
| 序号 | 乡镇（街道） | 待遇领取人数 | 基础养老金 | 个人账户养老金 | 其他加发待遇 | 定期待遇合计 |
|
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合计 | （大写金额） | （小写金额） |
| 审批： | 会计复核： |  | 审核： |  | 经办： |
| 时间： | 时间： |  | 时间： |  | 时间： |

附表22

城乡居民基本养老保险定期待遇增减变动情况表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 打印日期： |  |  |  |  |  | 待遇年月： |  |  | 单位：元 |
| 序号 | 乡镇（街道） | 上月养老金发放情况 | 本月增加 | 本月减少 | 本月养老金应发放情况 |
| 实发待遇领取人数 | 基础养老金支出 | 小计 | 新增待遇核定人数 | 新增养老金金额 | 当月恢复发放人数 | 当月恢复发放养老金金额 | 当月待遇调整人数 | 当月待遇调整发放养老金金额 | 停发人数 | 停发养老金金额 | 应发待遇领取人数 | 养老金应支出 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合 计 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 财务复核： |  | 业务审核： |  | 业务经办： |
|  | 时间： |  |  | 时间： |  | 时间： |

附表23

城乡居民基本养老保险一次性待遇基金拨付单

拨付单位： 汇总日期： 拨付单号： 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 乡镇（街道） | 村（社区） | 姓名 | 身份证号 | 一次性待遇类型 | 一次性待遇支付金额 | 　 | 丧葬补助金总额 | 发放户名 | 发放银行账号 |
| 其中：个人账户资金 | 其中：丧葬补助金 | 　 | 其中：抵扣当年待遇 | 其中：抵扣往年待遇 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合计 | （大写金额） | （小写金额） |

审批： 会计复核： 审核： 经办：

时间： 时间： 时间： 时间：

附表24

城乡居民基本养老保险关系转移接续基金拨付单

拨付单位： 汇总日期： 拨付单号： 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 原乡镇（街道） | 原村（社区） | 姓名 | 身份证号码 | 转入地社保机构开户名 | 开户银行名称 | 银行账号 | 转移基金金额 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合计 | （大写金额） | （小写金额） |

审批： 会计复核： 审核： 经办：

时间： 时间： 时间： 时间：

附表25

城乡居民基本养老保险清退保费基金拨付单

拨付单位： 汇总日期： 拨付单号： 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 乡镇（街道） | 村（社区） | 姓名 | 身份证号 | 清退保费类型 | 费款所属期 | 清退总金额　 |  | 发放户名 | 发放银行账号 |
| 其中：清退当年资金 | 其中：清退往年资金 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合计 | （大写金额） | （小写金额） |

审批： 会计复核： 审核： 经办：

时间： 时间： 时间： 时间：

附表26

城乡居民基本养老保险养老金发放情况反馈函

 ：

你中心委托我行发放 年 月养老金 人、 元。现已于 年 月 日根据你中心提供的委托发放信息，将养老金划入待遇领取人员账户中。**我行已在待遇发放前对待遇发放信息与银行账号信息不一致（一般应为户名、身份证号、银行账号一致）、金额异常待遇发放等情况进行核验、提示、停止支付。**本次发放成功的人数 人、金额 元，未发放成功 人。未发放成功情况见下表：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 开户银行 | 账号 | 金额 | 未成功原因 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

发放不成功的养老金已于 年 月 日退回你中心养老金支出账户。

 反馈单位： 联系人： 时间：

附表27

城乡居民基本养老保险未发放成功重新拨付审批单

拨付单位： 汇总日期： 拨付单号： 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 原拨付单号 | 乡镇（街道） | 村（社区） | 姓名 | 身份证号码 | 资金退回年月 | 退回金额 | 原发放信息 | 备注 | 新发放信息 | 重拨年月 | 重拨金额 |
| 银行户名 | 身份证号 | 银行账号 | 银行户名 | 身份证号 | 银行账号 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合计 | （大写金额） | （小写金额） |

审批： 财务会计： 财务出纳： 业务审核： 业务经办：

时间： 时间： 时间： 时间： 时间：