

_____ 乡镇（社区）城乡居民养老保险待遇领取人员 丧葬补助金汇总表

填报单位：（盖章）

年 月 日

序号	村（社区）	姓名	身份证号码	死亡日期	申领人	联系电话	结算信息

注：本表申报内容均需机打不得随意涂改，结算信息为个人银行账号，乡镇政府或县社区服务中心须如实填报，如有虚假，乡镇政府或县社区服务中心承担相关责任。此表一式两份，县社会保险中心、乡镇政府或县社区服务中心各一份。

填报人：

审批人：