|  |
| --- |
| 附件2：2025年度享受社保待遇入户认证核实情况表 |
| 填报镇街（单位）： 填报日期： |
| 序号 | 村居（单位） | 姓名 | 身份证号码 | 联系电话 | 核实情况 | 核实方式 | 核实经办人 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 镇街（单位）负责人： 填报人及联系电话：填表说明：1、本表由镇街（单位）核实后如实填写并加盖公章。2、核实情况：卧床不起、.行动不便、长期居住外地。3、核实方式：视频认证、上门认证、本人亲自到镇街（单位）人工认证。 |