

参保人员拟领取病残津贴公示花名表

(公示时间：2025年08月22日至2025年08月28日)

监督电话：0355-2028399

序号	姓名	性别	身份证号	参保单位	出生年月	参加工作时间 (缴费年限起始年月)	领取病残津贴月数
1	侯浩军	男	14042919700907****	自谋职业人员	1970年09月	1990年03月	长期
2	张毅	男	14042919810710****	自谋职业人员	1981年06月	2003年01月	长期
3	黄毛毛	男	14040219700512****	山西省长治市综合食品厂	1970年05月	1987年03月	长期
4	秦璐	女	14048119840424****	天脊集团兴化实业有限公司	1984年04月	2006年12月	长期

说明：

- 1.为保护个人隐私，身份证号可以隐藏后四位；
- 2.如没有参保单位，可以填写参保身份；
- 3.年月请用“XX年XX月”格式填写；
- 4.此表在市级人社部门网站公示5个工作日以上，接受群众的监督；
- 5.参保人员的出生时间、参加工作时间（缴费年限起始年月）、领取病残津贴月数等项目的确认以人社部门最终的审批意见为准。