附件4

鄂尔多斯市二孩、三孩家庭分娩补贴对象申报表

**申请类型：**二孩 三孩

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **男方基本情况** | | | | | | | | **女方基本情况** | | | | |
| **姓名** |  | | **民族** | |  | | | **姓名** |  | | **民族** |  |
| **联系电话** |  | | **出生**  **日期** | |  | | | **联系电话** |  | | **出生**  **日期** |  |
| **身份证号** |  | | | | | | | **身份证号** |  | | | |
| **户籍所在**  **地地址** |  | | | | | | | **户籍所在**  **地地址** |  | | | |
| **现居住地地址** |  | | | | | | | **现居住地 地址** |  | | | |
| **夫妻婚姻 状况** | 初婚 再婚 丧偶 离异 其他 | | | | | | | | | | | |
| **结婚日期** | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| **结婚证号** |  | | | | | | | | | | | |
| **助产机构** |  | | | | | | | | | | | |
| **生育登记**  **编号** |  | | | | | | | **出生医学 证编号** |  | | | |
| **夫妻共同**  **生育子女**  **情况(不含收养的子女)** | **孩次** | **姓名** | | **性别** | | **出生日期** | | | **身份证号** | | | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | |
| **资金发放**  **银行账号** |  | | | **姓名** | |  | | | **开户行** |  | | |
| 我们承诺以上情况及提供的相关材料真实准确。如有不实，愿意承担相应法律责任和后果。  承诺人(签名、盖指纹) 女方： 男方：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| **村(居) 委会初审意见：**  (单位盖章)  经办人：  审核日期： 年 月 日 | | | | | | | **乡镇(街道)复核意见：**  (单位盖章)  经办人：  审核日期： 年 月 日 | | | | | |
| **旗县区卫生健康部门审核意见：**  (单位盖章)  经办人：  审核日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |