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 |