附件13

鄂尔多斯市托育机构申领生均补贴对象申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **托育机构名称** |  | **统一社会信用代码** |  |
| **联系电话** |  | **所在地** |  |
| **托育机构设****托位总数** |  | **已入托人数** |  |
| **资金发放****银行账号** |  | **姓名** |  | **开户行** |  |
| 我单位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。 单位(盖章) ： 年 月 日 |
| **旗县区卫健委复核意见：**(单位盖章)经办人：审核日期： 年 月 日 |