附件1

云南省一次性生育补贴育儿补助对象申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 姓名 | 公民身份号码 | 性别 | 出生年月 | 户籍地 | 婚姻状况 | 变动时间 |
| 申请人 |  |  |  |  |  |  |  |
| 配偶 |  |  |  |  |  |  |  |
| 家庭现有  子女信息 | 姓名 | 公民身份号码 | 性别 | 出生年月 | 户籍地 | 孩次 | 一次性生育  补贴金额 |
|  |  |  |  |  | 壹 | 零 |
|  |  |  |  |  | 贰 | **2000元** |
|  |  |  |  |  | 叁 | **5000元** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 享受育儿补助子女户籍  详细地址 | |  | | 是否  多胞胎 |  | 育儿补助  金额 | **800 元** |
| 领取人 | 姓名 |  | 手机号码 | |  | | |
| 社会保障卡  （银行卡） |  | | | | | |
| 村（居）  委会审核  意见 | （公章）  审核人： 负责人： 年 月 日 | | | | | | |
| 乡（镇、  街）审核  意见 | （公章）  审核人： 负责人： 年 月 日 | | | | | | |
| 县卫生健  康局审核  意见 | （公章）  审核人： 负责人： 年 月 日 | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |

**申报人签字（手印）**  填表日期： 年 月 日