附件2

云南省育儿补助对象退出审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 姓名 | 公民身份号码 | 性别 | 出生年月 | 退出原因 | 退出年月 | 备 注 |
| 父亲 |  |  |  |  |  |  |  |
| 母亲 |  |  |  |  |  |
| 子女 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | | | | | | |
| 县级卫生健  康部门审核  意见 | （公章）  审核人： 负责人： 年 月 日 | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | |

填表时间： 年 月 日