附件1

神木市一次性生育补贴申请表

申请类型：口二孩 口三孩

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 落户本市时间 | 年 月 日 | 落户本市时间 | 年 月 日 |
| 现居住地地址 |  | 现居住地地址 |  |
| 夫妻婚姻状况 | 口双方初婚 口男再婚女初婚 口复婚 口男初婚女再婚 口双方再婚口丧偶□离异 口其他 |
| 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 |  | 持卡人姓名 |  | 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）男方： 女方：年 月 日 |
| **村（居）委会初审意见：** （单位盖章） 经办人：年 月 日 |  **镇（街道）复核意见：**（单位盖章）经办人：年 月 日 |
| **卫生健康部门审核意见：**（单位盖章） 经办人：年 月 日 |

附件2

神木市育儿补贴申请表

申请类型：口二孩 □三孩 申请年度：口第一年 口第二年 口第三年

|  |  |
| --- | --- |
| 男方基本情况 | 女方基本惰况 |
| 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 |  |
| 落户本市时间 | 年 月 日 | 落户本市时间 | 年 月 日 |
| 现居住地地址 |  | 现居住地地址 |  |
| 夫妻婚姻状况 | 口双方初婚 口男再婚女初婚 口复婚 口男初婚女再婚口双方再婚 口丧偶 口离异 □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 |  | 持卡人姓名 |  | 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）男方： 女方：年 月 日 |
| **村（居）委会初审意见：**（单位盖章）经办人：年 月 日 | **镇（街道）复核意见：**（单位盖章）经办人：年 月 日 |
| **卫生健康部门审核意见：**（单位盖章）  经办人：年 月 日 |

附件3

神木市生育补贴、育儿补贴发放花名册

填表单位（盖章）: 类别：一次性生育补贴口 育儿补贴口

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 持卡人 姓名  | 姓别 | 出生年月 | 现存子女数 | 身份证号码 | 家庭详细地址 | 个人账户 | 应发放金额（元） | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位负责人： 填表人： 填表时间： 年 月 日

附件4

神木市生育补贴、育儿补贴发放汇总表

填表单位（盖章）: 类别：一次性生育补贴口 育儿补贴口

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 镇（街） | 合计（元） | 二孩（元） | 三孩（元） | 其他（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

单位负责人： 填表人： 填表时间： 年 月 日

附件5

 神木市生育补贴、育儿补贴公示样表

本村（社区）/镇（街）今年共有xx对夫妇人员符合二孩、三孩（生育/育儿）补贴登记申报条件，现将名单公示如下，公示时间7天，请予以监督。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 男方 姓名 | 出生 年月 | 女方 姓名 | 出生 年月 | 户口 性质 | 婚姻 状况 | 曾经生育子女个数 | 现存子女个数 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

神木市卫生健康局举报电话：0912—8330195

XX镇（街）咨询、举报电话：

XX村（社区）咨询、举报电话：