

附件 1

独生子女死亡的计划生育特殊家庭
一次性抚恤金发放对象申报表

_____省（区、市）_____地（市、州）_____县（市、区）
_____乡（镇、街道）_____村（居）委会_____村（居）小组

照 片

免冠一寸
彩 色
登 记 照

项 目	姓 名	公民身份证号码		性别	出生年月	户籍性质	婚姻状况
本人信息							
配偶信息							
夫妇曾经 生育子女 情 况	姓 名	性别	出生年月	是否亲生		死亡年月	
夫妇收养 子女情况	姓 名	性别	出生年月	收养年月		死亡年月	
家庭地址				联系电话			
本 人 签字确认	(签字或盖章) 年 月 日			村委会 (社区) 初审意见	(盖章) 年 月 日		
乡(镇、街道) 卫生计生 行政管理 机 构 初审意见	(盖章) 年 月 日			县级卫生 计生部门 审核意见	(盖章) 年 月 日		
备 注							

填表说明：本表由县(市、区)卫生计生行政管理部门存档，用黑色墨水填写，字迹要端正清楚。