

附件 2

湖北省计划生育特殊家庭再生育
计划生育手术后怀孕分娩补贴申请表

一、申请人基本情况

男方基本情况				女方基本情况			
姓 名		民 族		姓 名		民 族	
出生年月		户籍性质		出生年月		户籍性质	
婚姻状况		结婚时间		婚姻状况		联系电话	
身份证号				身份证号			
工作单位				工作单位			
户 籍 地				户 籍 地			
现居住地				现居住地			
联系电话		家庭常住地址(详细到村/居楼栋)					
伤残或死亡 子 女 情 况 简 要 说 明							
申报再生育 住 院 分 娩 补 贴 金 账 户	姓 名		开 户 银 行		银 行 账 号		

二、审核意见

申请人签字： 男方： 女方： 年 月 日	村(社区)审核意见： 负责人签字： (盖章) 年 月 日
乡(镇、街道)卫生计生行政管理部门(机构)审核意见： 负责人签字： (盖章) 年 月 日	县(市、区)卫生计生行政管理部门审批意见： 负责人签字： (盖章) 年 月 日

填表说明：本表一份，交县(市、区)卫生计生行政部门审批存档，用黑色墨水填写，字迹要端正清楚。