附件

汾阳市住院分娩补贴申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人基本情况 | | | | | | 配偶基本情况 | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 姓名 | |  | | | 性别 |  |
| 联系电话 |  | 出生  时间 | |  | | 联系电话 | |  | | | 出生  时间 |  |
| 身份证号 |  | | | | | 身份证号 | |  | | | | |
| 户籍所在地 |  | | | | | 户籍所在地 | |  | | | | |
| 现居住地 |  | | | | | 现居住地 | |  | | | | |
| 住院分娩  基本情况 | 入院时间 | |  | | | | 出院时间 | | |  | | |
| 分娩时间 | |  | | | | 分娩方式 | | |  | | |
| 子女出生医  学证明编号 |  | | | | | | | | | | | |
| 子女落户地  派出所 |  | | | | | | | | | | | |
| 社保卡信息 |  | | | | | | | | | | | |
| 资金发放  银行账号 |  | | | 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（签名并盖指纹）女方： 男方：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| **审** **核** **意** **见** **：**  主管医师签字：  负责人签字（盖章） ：  审核日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |