附件5：

独生子女父母资格审核表

 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 婚姻情况 | 企业名称 | 家庭住址 | 备注 |
| 申请人 |  |  |  |  |  |  |  |
| 配偶 |  |  |  |  |  |  |  |
| 子女 |  |  |  |  |  |  |  |
| 独生子女证编号 |  | 发证时间 |  | 发证单位 |  |
| 县级卫生健康部门审核意见：经办人（公章）：年 月 日 |

注：卫生健康部门对申请人持有《独生子女证》或《独生子女父母光荣证》及婚育情况进行审核后，签署其是否具备独生子女父母资格的意见。