附件2

哈尔滨市 年 月育儿补贴审批名册

上报单位:(盖章) 上报日期： 年 月 日 经办人： 审核人：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **领取人****姓名** | **身份证号码** | **户籍地** | **银行卡号** | **起始****时间** | **截止****时间** | **发放****月数****(个)** | **每月补贴****金额(元)** | **补贴金额合计****（元）** |
|  |  |  |  |  | 年 月 | 年 月 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 年 月 | 年 月 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 年 月 | 年 月 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 年 月 | 年 月 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 年 月 | 年 月 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 年 月 | 年 月 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 年 月 | 年 月 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 年 月 | 年 月 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 年 月 | 年 月 |  |  |  |
| **合 计** | **本次审批人数： 人** | **补贴总额： 元（大写： ）** |
| 单位经办人（签字）： 卫健局审核（签字）： 卫健局审批（签字）： |

注：本表一式二份。由各乡镇街道填报，县（区）卫健局审批并报卫健委备案后按有关规定发放。区、县（市）卫健局存档。

申领人为享受育儿补贴的孩子。