

云南省育儿补助对象退出审核表

项 目	姓 名	公民身份号码	性 别	出生年月	退出原因	退出年月	备注
父亲							
母亲							
子女							
村（居）委会审核意见	（公章） 审核人： 负 责 人： 年 月 日						
乡（镇、街）审核意见	（公章） 审核人： 负 责 人： 年 月 日						
县级卫生健康部门审核意见	（公章） 审核人： 负 责 人： 年 月 日						
备 注							

填表时间：_____ 年_____月_____ 日