开化县辅助生育家庭补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 男方基本情况 | | | | | 女方基本情况 | | | |
| 姓 名 |  | | 民族 |  | 姓 名 |  | 民族 |  |
| 联系电话 |  | | 出生日期 |  | 联系电话 |  | 出生日期 |  |
| 身份证号 |  | | | | 身份证号 |  | | |
| 户籍地址 |  | | | | 户籍地址 |  | | |
| 现居地址 |  | | | | 现居地址 |  | | |
| 夫妻婚姻 状 况 | 双方初婚 双方再婚  男初婚女再婚  男再婚女初婚  复婚 其他 | | | | 结婚日期 | 年 月 日 | | |
|
| 结婚证号 |  | | |
|
| 夫妻共同  生育子女  情况（不  含收养的  子女） | 孩次 | 姓名 | | 性别 | 出生日期 | 户籍所  在区县 | 身份证号 | |
|  |  | |  |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  |  | |
| 辅助治疗机 构 |  | | | | 治疗起止时 间 | 年 月 日- 年 月 日 | | |
| 是否成功生育 |  | | | | 成功生育时 间 | 年 月 日- 年 月 日 | | |
| 补助发放社保卡 | | 男方 女方 | | | | | | |
| 申请家庭  意 见 | 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。  夫妻双方签名： 年 月 日 | | | | | | | |
|
| 治 疗 机 构  意 见 | 经审核，申请家庭确需实施辅助生殖技术治疗，提供治疗材料真实有效，符合享受开化县辅助生育补助的条件。  （机构盖章）  经办人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | |
|
|
|
| 县卫生  健康局  意 见 | 经审核，同意申请家庭享受辅助生育补助。  （盖章）  经办人： 分管领导： 年 月 日 | | | | | | | |
|
|
| 备 注 |  | | | | | | | |

开化县育儿补贴申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 男方基本情况 | | | | | 女方基本情况 | | | |
| 姓 名 |  | | 民族 |  | 姓 名 |  | 民族 |  |
| 联系电话 |  | | 出生日期 |  | 联系电话 |  | 出生日期 |  |
| 身份证号 |  | | | | 身份证号 |  | | |
| 户籍地址 |  | | | | 户籍地址 |  | | |
| 现居地址 |  | | | | 现居地址 |  | | |
| 夫妻婚姻 状 况 | 双方初婚 双方再婚  男初婚女再婚  男再婚女初婚  复婚 其他 | | | | 结婚日期 | 年 月 日 | | |
|
| 结婚证号 |  | | |
|
| 助产机构 |  | | | | 出生医学证明编号 |  | | |
| 夫妻共同  生育子女  情况（不  含收养的  子女） | 孩次 | 姓名 | | 性别 | 出生日期 | 户籍所  在区县 | 身份证号 | |
|  |  | |  |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  |  | |
| 申请补贴类 别 | 二孩 三孩 | | | | 补助发放社保卡 | 男方 女方 | | |
| 申请家庭  意 见 | 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。  夫妻双方签名： 年 月 日 | | | | | | | |
|
| 乡 镇  办事处  意 见 | 经审核，申请家庭填报情况属实，提供材料真实有效，符合享受对应育儿补贴的条件。  （盖章）  经办人： 分管领导： 年 月 日 | | | | | | | |
|
|
|
| 县卫生  健康局  意 见 | 经审核，同意申请家庭享受育儿补贴。  （盖章）  经办人： 分管领导： 年 月 日 | | | | | | | |
|
|
| 备 注 |  | | | | | | | |

开化县托育补贴申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 男方基本情况 | | | | | 女方基本情况 | | | |
| 姓 名 |  | | 民族 |  | 姓 名 |  | 民族 |  |
| 联系电话 |  | | 出生日期 |  | 联系电话 |  | 出生日期 |  |
| 身份证号 |  | | | | 身份证号 |  | | |
| 户籍地址 |  | | | | 户籍地址 |  | | |
| 现居地址 |  | | | | 现居地址 |  | | |
| 夫妻婚姻 状 况 | 双方初婚 双方再婚  男初婚女再婚  男再婚女初婚  复婚 其他 | | | | 结婚日期 | 年 月 日 | | |
|
| 结婚证号 |  | | |
|
| 入托机构 |  | | | | 入托日期 | 年 月 日 | | |
| 夫妻共同  生育子女  情况（不  含收养的  子女） | 孩次 | 姓名 | | 性别 | 出生日期 | 户籍所  在区县 | 身份证号 | |
|  |  | |  |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  |  | |
| 申请补贴类 别 | 一孩 二孩 三孩 | | | | 补助发放社保卡 | 男方 女方 | | |
| 申请家庭  意 见 | 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。  夫妻双方签名： 年 月 日 | | | | | | | |
|
| 乡 镇  办事处  意 见 | 经审核，申请家庭填报情况属实，提供材料真实有效，符合享受对应托育补贴的条件。  （盖章）  经办人： 分管领导： 年 月 日 | | | | | | | |
|
|
|
| 县卫生  健康局  意 见 | 经审核，同意申请家庭享受托育补贴。  （盖章）  经办人： 分管领导： 年 月 日 | | | | | | | |
|
|
| 备 注 |  | | | | | | | |

开化县三孩家庭入学享受优待政策申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请类别 | □幼儿园 | | | | □小学 | | |
| 申请人姓名 |  | 身份证号码 | |  | | 手机号码 |  |
| 配偶姓名 |  | 身份证号码 | |  | | 手机号码 |  |
| 夫妻共同  生育子女  情 况 | 姓 名 | 性 别 | 身份证号码 | | | 孩 次 | 备注 |
|  |  |  | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |
| 户籍地址 |  | | | | | | |
| 房产地址 |  | | | | | | |
| 申请志愿 | 第一志愿： | | | | | | |
| 第二志愿： | | | | | | |
| 第三志愿： | | | | | | |
| 申请人意见 | 本人保证申报材料全部真实有效，本人及家庭人员自愿接受相关单位对有关信息的收集、核对，并如实提供材料。如有虚假、隐瞒，愿意承担相应责任。  签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 教育局意见 | (盖章)  年 月 日 | | | | | | |

开化县三孩家庭义务教育入学享受优惠政策申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 |  | 申请类别 | | □三孩家庭课后服务减免 | | |
| 父亲姓名 |  | 身份证号码 | |  | 手机号码 |  |
| 母亲姓名 |  | 身份证号码 | |  | 手机号码 |  |
| 现家庭夫妻  共同生育  子女情况 | 姓 名 | 性别 | 身份证号码 | | 孩次 | 备注 |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
| 户籍所在地址 |  | | | | | |
| 申请家庭意见 | 本人保证申报材料全部真实有效，本人及家庭人员自愿接受相关单位对有关信息的收集、核对，并如实提供材料。如有虚假、隐瞒，愿意承担相应责任。  家长签字： 年 月 日 | | | | | |
| 所在学校 审核意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 县教育局  审核意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | |

企业女职工产假期间社会保险补贴申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称  （盖章） |  | | | | 申请日期 | |  | | |
| 地址 | 市 区（县、市） 街道（乡镇） | | | | 统一社会信用代码 | |  | | |
| 开户名 |  | | 开户银行 | |  | | 账号 |  | |
| 省本级参保情况 | | 基本养老保险 基本医疗保险 | | | 联系人 | |  | 联系电话 |  |
| 序号 | 女职工  姓名 | 身份证号码 | 子女出生  年月日 | 子女出生医学证明  出生编号 | | 生育孩次（一孩 /二孩 /三孩） | 产假实际享受天数 | 是否劳务派遣（是，并与用工企业就资金分配达成一致/否） | 女职工  签字  （可另附签字表） |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 合计 人 | | | | | | | | | |

失业人员生育补助金申领表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | | 联系电话 | |  | | | |
| 社会保障号码  （身份证号） |  | | | | | | | | | | |
| 就业创业证  编号 |  | | | | | | | | | | |
| 享受失业保险  待遇期限 | 年 月至 年 月 | | | | | | | | | | |
| 生育登记  服务卡编号 |  | | 登记机关 | | | |  | | | | |
| 子女姓名 |  | | 性别 | | |  | 出生日期 | | |  | |
| 出生证编号 |  | | 签证机构 | | | |  | | | | |
| 银行账号 |  | | 开户  银行 | |  | | | | 户名 | |  |
| 经办机构  审核意见 | 经初步核定，该申领人可领取生育补助金 元（大写： ）。  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 结果告知方式 | □短信通知（手机号码： ）  □纸质邮寄（地址： ） | | | | | | | | | | |
| 申领人意见 | 以上内容经本人确认无误。  申领人（签字）： 年 月 日 | | | | | | | | | | |

经办人： 复核人： 审核人：

**备注：**符合计划生育规定，在享受失业保险待遇期限内或者期满后的失业期间生育子女的失业人员，在孩子出生之日起3个月内申领生育补助金。

开化县母婴设施建设补助申报表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名 称 |  | 星级 |  | | 面积 |  |
| 详细地址 |  | | | | | |
| 是否新建 |  | | 建设时间 | |  | |
| 建设机构类型 | □车站 □商场 □公园  □旅游景点 □医疗机构  □图书馆 □游乐场所  □其他 | | | | | |
|
|
|
|
|
| 现场验收结果 |  | 机构银行账号 | |  | | |
| 管理员 |  | 联系电话 | |  | | |
| 建设单位意见 | 本机构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。  （盖章）  负责人签字： 年 月 日 | | | | | |
| 区卫健局 审核意见 | 经审核，符合母婴室建设补助条件。  （盖章）  经办人： 分管领导： 年 月 日 | | | | | |
|
|
|

开化县母婴室现场验收表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 母婴室名称 |  | | 建设时间 | |  | | | 建设单位 | | |  | | | |
| 建设机构类型 | □车站□商场□公园 □旅游景点□医疗机构□图书馆□游乐场所□其他 | | | | | | | | | | | | | |
| 详细地址 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 联系人姓名 |  | 联系电话 | |  | | 是（否）移动母婴室 | | |  | | | 星级 | |  |
| 管理主体 | □物业管理 □单位管理 □志愿者管理 □其他 | | | | | | | | | | | | | |
| 开放时间 | □工作日 □休息日  （ 时-- 时） | | | | | | 是否与妈咪暖心小屋共享 | | | □是 □否 | | | | |
| 配套设施 | 内 容 | | | | | | | | | 有 | | | 无 | |
| 基本要求 | 独立空间，面积 平方米 | | | | | | | | |  | | |  | |
| “母婴室”统一标志、指引标识位置醒目 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 张贴相关母乳喂养知识健康教育宣传海报 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 良好采光通风、内装色调柔和温馨 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 哺乳区设施 | 座 椅 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 帘布或上锁门（屏风或隔断） | | | | | | | | |  | | |  | |
| 桌子或置物架 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 电源插座 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 衣帽钩 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 盥洗区设施 | 尿布台（公共场所母婴设施还应配置带安全扣的婴儿尿布台、婴儿床、其他） | | | | | | | | |  | | |  | |
| 快速手消毒剂 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 洗手池 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 镜子 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 干手器或纸巾 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 垃圾桶 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 热水设备 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 母婴用品自动售卖机 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 备餐区设施 | 温奶器 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 微波炉 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 消毒柜 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 饮水机 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 儿童餐椅 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 休憩区设施 | 沙 发 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 茶 几 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 资料架 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 儿童座椅 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 婴儿床 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 安全设施 | 紧急呼叫按钮 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 消防设施 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 其他设施 | 排风扇 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 空 调 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 母婴知识科普宣传设施 | 电子显示屏 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 管理规范 | 母婴室使用、 保洁消毒和满意度登记完整 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 母婴室使用温馨提示上墙、专人管理 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 职工满意 | 群众对使用便捷性、硬件完善情况、环境清洁程度、安全管理等方面满意度高，满意率达到90%以上。 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 验收单位  意 见 | 经验收，该母婴室符合 星级标准。  （盖章）  验收人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |

开化县托育机构普惠性托育申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构全称  （盖章） |  | | |
| 详细地址 |  | | |
| 统一社会  信用代码 |  | 注册时间 |  |
| 法定代表人 |  | 注册资本  （万元） |  |
| 机构类型 | 🞎民办 🞎民办公助  🞎企业承办 🞎公办民营  🞎事业单位办 🞎公办公营 | 备案时间（提供备案回执复印件） |  |
| 室内建筑面积 |  | 室外建筑面积 |  |
| 备案托位数 |  | 在托人数 |  |
| 供餐形式 | 🞎自主供餐 🞎配送餐 | 保育保健  人员数量 | 保育人员 人  保健员 人  保安 人 |
| 备案托班类型 | 🞎托大班  🞎托小班  🞎乳儿班  🞎混龄班 | 收费标准 | 1.保育费  🞎托大班 元/月  🞎托小班 元/月  🞎乳儿班 元/月  🞎混龄班 元/月  2.膳食费 元/月 |
| 机构负责人  姓 名 |  | 联系电话 |  |
| 托育机构 申请意见 | （盖章）  法定代表人签字： 年 月 日 | | |
| 乡镇办事处  初审意见 | （盖章）  经办人： 分管领导： 年 月 日 | | |
| 县卫健局  复审意见 | （盖章）  经办人： 分管领导： 年 月 日 | | |

备注：送审时托育机构需提供普惠性托育服务承诺书，营业执照副本、备案回执、食品经营许可证副本、第三方供餐合同、房屋租赁合同等材料原件及复印件。

开化县普惠性托育服务机构日常运营资金补助申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构全称（盖章） |  | | |
| 详细地址 |  | | |
| 统一社会信用  代码 |  | 税务登记号 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 机构负责人  （园长） |  | 联系电话 |  |
| 备案回执编号及备案时间 |  | 机构等级及取得等级时间 |  |
| 备案托位（个） |  | 实际使用托位（个） |  |
| 机构开户银行 |  | 账号 |  |
| 机构总体办托情况简介，可另附 | （主要说明建设情况、收托情况、收费情况、等级情况日常管理、照护特色等） | | |
| 本机构承诺以上信息真实有效，如有不实，自愿承担相关责任。  法定代表人签名：  年 月 日 | | | |
| 乡镇（办事处）/县教育局审核意见（加盖公章）：    负责人：  年 月 日 | | | |
| 县卫健局审批意见（加盖公章）：  负责人：  年 月 日 | | | |

开化县普惠性托育服务机构一次性建设资金补助申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构全称（盖章） |  | | |
| 详细地址 |  | | |
| 统一社会信用  代码 |  | 税务登记号 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 机构负责人  （园长） |  | 联系电话 |  |
| 机构等级及取得等级时间 |  | 备案回执编号及备案时间 |  |
| 备案托班类型 |  | 备案/新增托位（个） |  |
| 机构开户银行 |  | 账号 |  |
| 机构总体办托情况简介，可另附 | （主要说明建设情况、人员配备、收托情况、收费标准等） | | |
| 本机构承诺以上信息真实有效，如有不实，自愿承担相关责任。  法定代表人：  年 月 日 | | | |
| 乡镇（办事处）/县教育局审核意见（加盖公章）：    负责人：  年 月 日 | | | |
| 县卫健局审批意见（加盖公章）：  负责人：  年 月 日 | | | |

开化县婴幼儿照护服务驿站日常运营资金补助申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 驿站全称 |  | | |
| 详细地址 |  | | |
| 所属社区（村）（盖章） |  | | |
| 所属社区（村）负责人 |  | 联系电话 |  |
| 成长驿站运行情况说明（200字以内，可另附） | （主要说明开展活动及取得成效） | | |
| 乡镇（办事处）审核意见（加盖公章）：    负责人：  年 月 日 | | | |
| 县卫健局审批意见（加盖公章）  负责人：  年 月 日 | | | |

开化县普惠性托育服务承诺书

本机构已了解托育机构管理相关法律法规和标准规范要求，并对提供普惠托育服务作出如下郑重承诺:

1. 严格执行托育服务管理的相关政策规范，建立安全制度，确保人身、食品、消防安全。按照安全健康、科学规范、儿童优先的原则，建立本机构日常管理制度和服务规范，加强从业人员管理和职业道德教育，提高从业人员服务能力，保障服务质量，不得发生虐童、体罚及其他损害婴幼儿身心健康等行为，确保婴幼儿的健康成长。
2. 承诺普惠性收费标准保育费（不包含膳食费） 元/月/人，同时承诺提供同品质的托育服务，服务期限3年。
3. 在显著位置公示法人登记证明、托育机构备案回执、卫生评价报告、收费标准、退费规则和监督电话。与家长签署书面收托协议，明确双方权利责任，规范开具发票。保育费（不含膳食费）按月收取，最长不超过3个月，不得以虚构原价、一次性付款优惠价等诱导家长缴费。不以托育机构名义从事不正当关联交易等损害婴幼儿及其监护人合法权益和公平竞争市场秩序的行为。
4. 承诺本次普惠性托育服务的有效期: 年 月 日至 年 月 日。

机构法定代表人(签名): 承诺机构(盖章):

年 月 日 年 月 日