附件：1

农牧民孕产妇住院分娩专项补助经费三联单（第一联）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本信息 | 孕产妇姓名 |  | | 身份证号 |  | | |
| 住院地点 |  | | 住院号 |  | 接生医生 |  |
| 家庭住址 | 市（区） 县 乡 村 组 | | | | | |
| 落实补助明细 | 一次性奖励 | 元； | | | | | |
| 孕产妇护送费 | 孕产妇姓名： | 兑现金额 | | 元； | | |
| 家属姓名： | 兑现金额 | | 元； | | |
| 村医姓名： | 兑现金额 | | 元； | | |
| 提前待产补贴 | 实际待产天数（ 天） 元； | | | | | |
| 合计 | 元。大写：（ ）。 | | | | | |
| **以上信息由补助发放单位填写，以下信息由领款人与审核单位填写。** | | | | | | | |
| 领款人签字（手印） | 产妇（姓名） |  | 县卫生局签章  年 月 日 | | | | |
| 家属（姓名） |  |
| 村医（姓名） |  |

（注：此联由孕产妇家庭保存作为督导核查依据）

农牧民孕产妇住院分娩专项补助经费三联单（第二联）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本信息 | 孕产妇姓名 |  | | 身份证号 |  | | |
| 住院地点 |  | | 住院号 |  | 接生医生 |  |
| 家庭住址 | 市（区） 县 乡 村 组 | | | | | |
| 落实补助明细 | 一次性奖励 | 元； | | | | | |
| 孕产妇护送费 | 孕产妇姓名： | 兑现金额 | | 元； | | |
| 家属姓名： | 兑现金额 | | 元； | | |
| 村医姓名： | 兑现金额 | | 元； | | |
| 提前待产补贴 | 实际待产天数（ 天） 元； | | | | | |
| 合计 | 元。大写：（ ）。 | | | | | |
| **以上信息由补助发放单位填写，以下信息由领款人与审核单位填写。** | | | | | | | |
| 领款人签字（手印） | 产妇（姓名） |  | 县卫生局签章  年 月 日 | | | | |
| 家属（姓名） |  |
| 村医（姓名） |  |

（注：此联由奖励资金兑现单位留底，由县卫生局定期与资金兑现单位核对）

农牧民孕产妇住院分娩专项补助经费三联单（第三联）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本信息 | 孕产妇姓名 |  | | 身份证号 |  | | |
| 住院地点 |  | | 住院号 |  | 接生医生 |  |
| 家庭住址 | 市（区） 县 乡 村 组 | | | | | |
| 落实补助明细 | 一次性奖励 | 元； | | | | | |
| 孕产妇护送费 | 孕产妇姓名： | 兑现金额 | | 元； | | |
| 家属姓名： | 兑现金额 | | 元； | | |
| 村医姓名： | 兑现金额 | | 元； | | |
| 提前待产补贴 | 实际待产天数（ 天） 元； | | | | | |
| 合计 | 元。大写：（ ）。 | | | | | |
| **以上信息由补助发放单位填写，以下信息由领款人与审核单位填写。** | | | | | | | |
| 领款人签字（手印） | 产妇（姓名） |  | 县卫生局签章  年 月 日 | | | | |
| 家属（姓名） |  |
| 村医（姓名） |  |

（注：此联由县卫生局或财政作为专项资金发放凭证）