附件2

表一

师宗县离岗和在岗到龄退岗乡村医生

一次性生活补助审核认定登记表

（编码：乡（镇、街道）编码+4位个人编码）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 | 姓名 |  | 性别 | |  | | 出生年月 | | |  | | | |  | |
| 身份证号码 | |  | | | | 联系号码 | | |  | | | | | (相片) |
| 详细住址 | |  | | | | | | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | | | |
| 联系人姓名 | |  | | | | 联系人电话 | | | | |  | | | |
| 银行卡持卡人姓名 | |  | | | | 银行卡卡号 | | | | |  | | | |
| 银行卡开户行名称 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 进入从业时间（年、月） | |  | | 工作单位 | |  | | | | | 离岗时间（年、月） | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
| 工作年限（精确到月） | |  | | 应补助额（元） | |  | | | | | 已补助（元） | |  | |
| 本次补（元） | |  | |
| 本人认可签字 | | 我已认真核实上述各项内容，填报属实，无误。  签名（按手印）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 村卫生室（社区卫生服务站）意见 | | 负责人签字： （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 村（居）委员会意见 | | 负责人签字： | | （盖章） | | | |  | 年 | | | 月 | | 日 |
| 卫生院（社区卫生服务中心）意见 | | 负责人签字： | | (盖章) | | | |  | 年 | | | 月 | | 日 |
| 财政所意见 | | 负责人签字： | | （盖章） | | | |  | 年 | | | 月 | | 日 |
| 乡镇人民政府（街道办事处） 意见 | | 负责人签字： | | (盖章) | | | |  | 年 | | | 月 | | 日 |
| 县卫生健康局意见 | | 负责人签字： | | (盖章) | | | |  | 年 | | | 月 | | 日 |
| 县财政局意见 | | 负责人签字： | | （盖章） | | | |  | 年 | | | 月 | | 日 |
| 县领导小组审批意见 | |  | | | | | |  | 年 | | | 月 | | 日 |

备注：1.本申报审核表作为离岗和在岗到龄退岗乡村医生享受生活补助的主要依据。

2.所有申报资料和证书复印件做好目录登记（表一附件），作为申报审核表附件由县卫生健康局建档。

3.此表一式三份（本次补助金额=应补助金额-已补助金额）

4.此表双面打印。

表二

师宗县离岗和在岗到龄退岗乡村医生一次性

生活补助审核认定登记表附件目录

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 附件名称 | 张数 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **以上附件共 份** | | | |

提供者签名（手印）： 收集人签名：

年 月 日

师宗县离岗和在岗到龄退岗乡村医生

生活补助申请承诺书

本人 ， 岁，曾在

村（现在 村）卫生室连续工作 月，现郑重承诺，在本次乡村医生生活补助申请中提供的所有材料真实、准确。如因弄虚作假、徇私舞弊、材料不全（材料清单附后）等原因骗取补助行为造成的一切后果均由本人承担，今后不以此为由进行上访及追究任何单位和个人的责任。

承诺人（签名、手印）：

年 月 日

表三

# 证明材料（个人）

同志，身份证号码： 。日期： 年 月，在 乡（镇、街道） 村卫生室（社区卫生服务站）从事乡村医工作，工作年限 月。

以上证明真实有效，如有虚假、不真实，我愿承担一切责任。

证明人信息

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类别 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 工作单位及职务 | 家庭地址 | 联系电话 | 签字（按手印） | 人员身份认证结果 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

证明人类别:1.从业所在村同期村民。 2.同期乡镇卫生院（社区卫生服务中心）正式职工。 3.同期所在村（居）委村组干部。4.同乡（镇、街道）同期乡村医生（3名）。备注：证明人（1；2；3）或（4）一项即可。5.附证明人有效身份证复印件，证明人为同期乡医需附有效身份证及乡村医生证书复印件。

年 月 日

表四

证明材料（组织）

兹证明 同志（身份证号码 ）系我乡（镇、街道）乡村医生，原在 村卫生室（社区卫生服务站）工作，属于离岗（在岗到龄退岗）乡村医生，从事乡村医生时间： 年 月，在村卫生室（社区卫生服务站）从事乡村医生工作，工作年限 月。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 师宗县 乡（镇、街道）  负责人签名： | 村卫生室（社区卫生服务站）  （盖章） | 师宗县 镇（街道） 村（居）委会（盖章）  负责人签名： |
| 年 月 日 |  | 年 月 日 |
| 师宗县 乡（镇、街道）  负责人签名： | 卫生院（社区卫生服务中心）  （盖章） | 师宗县 乡（镇、街道） 财政所（盖章）  负责人签名： |
| 年 月 日 |  | 年 月 日 |

师宗县 乡镇人民政府（街道办事处）（盖章）负责人签名：

年 月 日 特此证明。

表五 师宗县离岗和在岗到龄退岗乡村医生认定公示名册（第一次公示）

公示单位： 乡（镇、街道）盖章

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 详细住址 | 工作单位 | 从业起止时间 | 从业年限  （月） | 是否符合一次性补助条件 | 联系人 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

公示时间： 年 月 日 至 年 月 日

如对公示内容有意见，请向公示单位反映。通讯地址： （公示单位地址），监督电话：

表六

师宗县离岗和在岗到龄退岗乡村医生一次性补助发放乡（镇、街道）上报名册

上报单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 详细住址 | 工作单位 | 从业起止时间 | 从业年限（月） | 是否符合一次性补助条  件 | 联系人 | 联系电话 | 应补助金额  （元） | 已补助金额  （元） | 本次补助金额  （元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人签字 ： 联系电话：

审核人签字： 乡镇长（街道办事处主任）签字：

表七

师宗县离岗和在岗到龄退岗乡村医生认定公示名册（第二次公示）

公示单位：师宗县离退岗乡村医生一次性补助发放领导小组

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 详细住址 | 工作单位 | 从业起止时间 | 从业年限（月） | 是否符合一次性补助条  件 | 联系人 | 联系电话 | 应补助金额  （元） | 已补助金额  （元） | 本次补助金额  （元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

公示时间： 年 月 日 至 年 月 日

如对公示内容有意见，请向公示单位反映。通讯地址： （公示单位地址），监督电话：

表八

师宗县离岗和在岗到龄退岗乡村医生一次性补助发放领取名册

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 详细住址 | 工作单位 | 从业年限（月） | 补助标准 | 联系电话 | 应补助金额  （元） | 已补助金额  （元） | 本次补助金额  （元） | 领取签字 | 签字日期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |