编号：

陕西省失独家庭免费再生育技术服务申请表

市 县（市、区）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 妻子 | 姓名 | 年龄 | 照片 |
| 身份证号码 |  |
| 户籍所在地 | 镇（街道） 村组 |
| 大夫 | 姓名 | 年龄 |
| 身份证号码 |  |
| 户籍所在地 | 社镇（街道） 组 |
| 通信地址 |  |
| 联系电话 |  | 邮政编码 |  |
| 独生子女证编号 |  |
| 失独时间和原因 |  |
| 男方或女方户籍所在地镇（街道办事处）计生办证明意见 |  |
| 县（市、区）人口计生部门审核意见 |  |
| 市人口计生部门意见 |  |
| 省人口计生部门意见 |  |

（此表一式四份，要复制）

附表一