附件6

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 出生医学证明补发申请表 | | | | | | | | | |
| 新生儿姓名 | |  | | | | 原出生医学证明编号 | | |  |
| 新生儿性别 | |  | | | | 出生日期 | | | 年 月 日 |
| 新生儿母亲 | | 姓 名 | | | |  | | | |
| 有效身份证件类型 | | | |  | | | |
| 有效身份证件号码 | | | |  | | | |
| 新生儿父亲 | | 姓 名 | | | |  | | | |
| 有效身份证件类型 | | | |  | | | |
| 有效身份证件号码 | | | |  | | | |
| 申请补发原因 | | | |  | | | | | |
| 办理户口登记情况 | | | | □已办理户口登记 □未办理户口登记 | | | | | |
| 领证人需提供和提交的证明材料 | | | | | | | | | 以上内容由领证人填写和提交，请核对正确无误后签字确认，并承担相应法律责任。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 领证人签字：    年 月 日 |
| 1.新生儿父母的书面申请（ ）；2.原首次签发登记表复印件（ ）；3.新生儿父母有效身份证件原件和复印件（ ）；4.领证人有效身份证件原件和复印件（ ）；5.其他 | | | | | | | | |
| 领证人 | 姓 名 | |  | | 与新生儿关系 | |  | |
| 有效身份证件类型 | | | |  | | | |
| 有效身份证件号码 | | | |  | | | |
| 原签发  机构 | 审批意见：  经办人签名：  年 月 日 | | | | 审批意见：  科室负责人签名：  年 月 日 | | | 审批意见：  单位负责人签名：  年 月 日 | |
| 补发  机构 | 审批意见：  经办人签名：  年 月 日 | | | | 审批意见：  科室负责人签名：  年 月 日 | | | 审批意见：  单位负责人签名：  年 月 日 | |
| 出生医学证明存根粘贴处 | | | | | | | | | |

注：填表有关要求参照首次签发要求。