附件5

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 出生医学证明换发申请表 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  | | | | |
| 申请换发原因 | | | |  | | | | | | |
| 原证正、副页交回情况 | | | | 正页□， 正页和副页□ | | | | | | |
| 亲子司法鉴定意见书情况 | | | | 无□ ， 有□，编号： | | | | | | |
| **领证人需提供和提交的证明材料** | | | | **1.经办人意见及签名：**    年 月 日  **2.科室负责人意见及签名：**    年 月 日  **3.单位负责人意见及签名：**    年 月 日 | | | | | | |
| 1.新生儿父母的书面申请（） | | | |
| 2.原签发机构提供的签发记录复印件（） | | | |
| 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 | | | |  | | |  | | |
| 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：    填表日期： 年 月 日 | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 换发后出生医学证明存根粘贴处，与原证的正页、副页及相关材料一同保存 | | | | | | | | | | |

注：1.填表有关要求参照首次签发要求。

2.户口注销后持正页申请换发正、副页的，签发机构核实户口注销情况后换发。