**再生育申请审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | | | 出生  年月 | 工作单位及户籍地地址 | | | | 婚姻状况 | | 结婚年月 | | 身份证  号码 | | 联系电话 |
| 女 |  | |  | 单位： | | | |  | |  | |  | |  |
| 户籍地： | | | |
| 男 |  | |  | 单位： | | | |  | |  | |  |
| 户籍地： | | | |
| 现居住地地址： | | | | | | | | | | | | | | |
| **双方生育（收养）子女情况** | | | | | | | | | | | | | | |
| 子女姓名 | | | 性别 | 出生年月 | 姓名 | | | | | | 身份证号码或出生医学证明或收养证号码 | | 其他情况 | |
| 父亲 | | 母亲 | | | |
|  | | |  |  |  | |  | | | |  | |  | |
| 以上是我们夫妻双方意愿的真实表达。我们承诺所申请的理由和提供的材料真实，并愿意承担相应的法律责任。  申请人（签名） 、  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 校计生办核实意见 | | 经办人： 负责人： （盖章）  年 月 日 | | | | 乡镇人民政府、街道办事处意见 | | | 经办人： 负责人： （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| ---- | | 经办人： 负责人：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | | | | | | | |

注：按病残儿条件申请再生育的另附病残儿医学鉴定结论作为审核依据。