附件2

柳州市低保、特困家庭新生儿登记表

医疗机构名称：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序 号 | 新生儿母亲信息 | | 是否低保对象 | 是否特困对象 | 新生儿出生日期 | 填表时间 | 备注 |
| 姓名 | 身份证号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：各医疗机构每月10日前将登记表加盖公章（电子版）加密报送。