附件12

“好德妈妈”获证补贴汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **身份证号码** | **性别** | **年龄** | **“好德妈妈”证号** | **补贴金额** | **社保卡账号** | **联系电话** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |
| 受理、初审单位意见：经审核，以上 符合申领条件，拟发放补贴金额￥ 元 （大写： ）。　　　经办人： 复核人：   年　　 月　　日（盖章 ） | 英德市人力资源和社会保障局审核意见：　　　经办人： 审 批：  年　　 月　　日　 （盖章） |