附件 1

白鹤镇退休乡村医生医龄补贴申请表

<table>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>性　别</td><td></td><td rowspan="5">照片</td></tr>
<tr><td>身份证号码</td><td></td><td>联系方式</td><td></td></tr>
<tr><td>户籍地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>家庭住址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>乡村医生从业所在村居</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>退休时间</td><td></td><td>是否为公务员或事业编制</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>乡村医生从业起止时间</td><td colspan="4">XX 年 XX 月-XX 年 XX 月，共计 X 年 X 月。</td></tr>
<tr><td>工作经历（其中，乡医经历需简要描述工作内容）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>从业证件持有情况</td><td colspan="4">☐乡村医生资格证书
☐医师(医士)资格证书
☐执业(助理)医师资格证书
☐赤脚医生证
☐健康助理证
☐证件遗失，具体证件名称：_____
☐无</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>个人承诺</td><td>本人郑重承诺，所提交的申报材料内容和附件资料均真实、合法，如有不实之处，自愿承担相应的法律责任，并承担一切后果。

承诺人（签字）：_____</td></tr>
<tr><td>证明</td><td>证明人郑重承诺，申报人所报乡村医生身份及医龄属实，如有不实之处，愿承担相应的法律责任，并承担一切后果。

证明人 1 签字:　　职务:

证明人 2 签字:　　职务:
.....
(可按需增加证明人)</td></tr>
<tr><td colspan="2">村委会认定意见:

经调查，该人员身份及医龄属实，证明人身份属实。

村（居）委会书记签字:

盖章:　　日期:　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

附件 2

白鹤镇退休乡村医生医龄补贴申请材料

（一）身份证原件及复印件;

（二）户籍证明原件及复印件;

（三）从业资格证原件及复印件;

（四）近期免冠两寸照片 1 张;

（五）乡村医生身份和医龄相关证明、农业银行卡复印件及开户行（个人提供）;

（六）白鹤镇退休乡村医生医龄补贴申请表;

（七）白鹤镇退休乡村医生医龄补贴发放人员汇总表（村居填报）。

附件 3

白鹤镇退休乡村医生医龄补贴申请和确认流程

(一)按照自愿申请原则，由符合条件的申请人提供相关材料，向本人其工作的村卫生室所在村民委员会提交申请表，并提供规定的材料(原件及复印件各一套)。

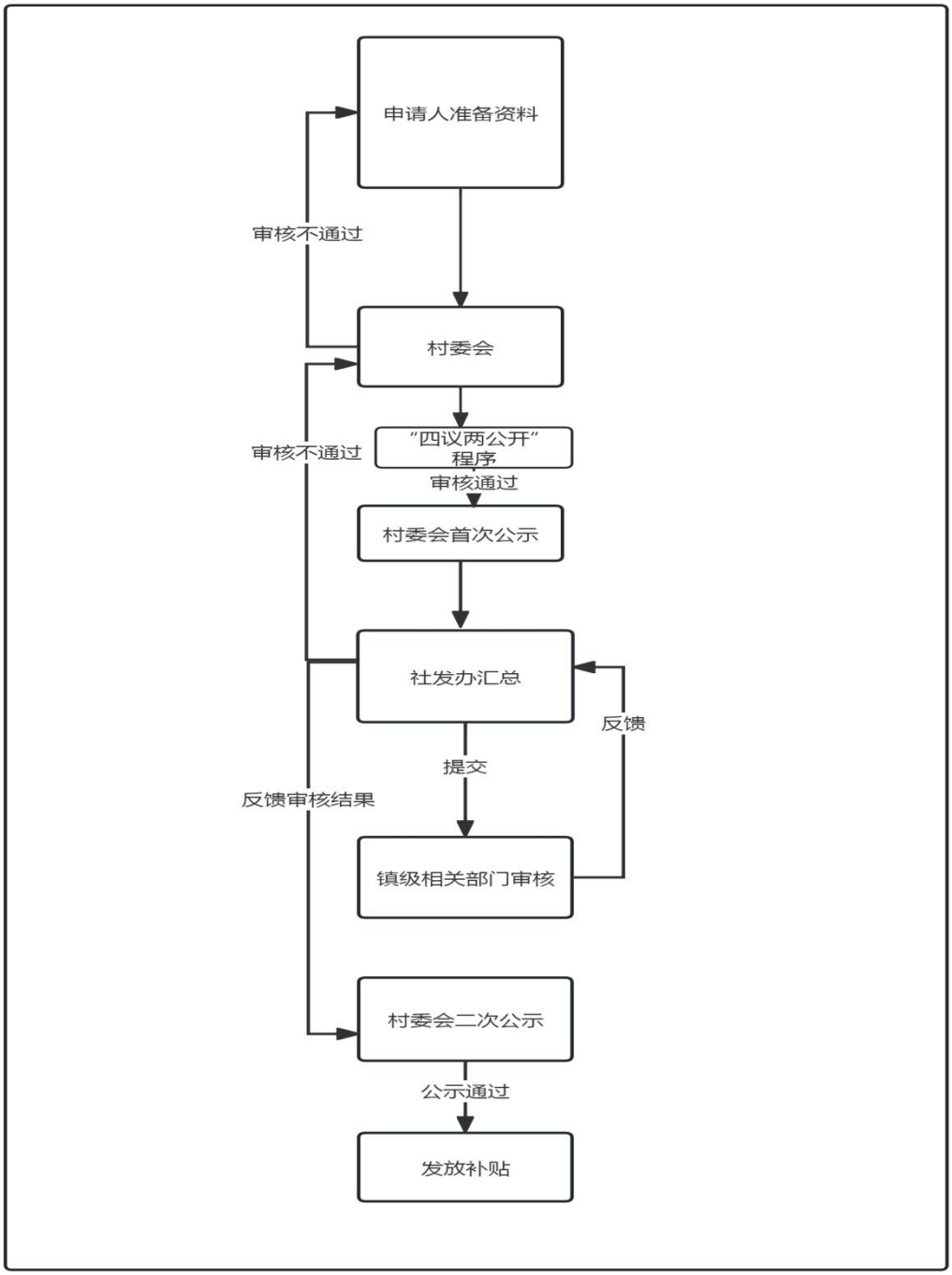
(二)村民委员会收到申请及规定的全部材料后，进行初审，审核通过后，经四议两公开通过后，村委会盖章公示 5 个工作日，公示通过后将《白鹤镇退休乡村医生医龄补贴申请表》、《白鹤镇退休乡村医生医龄补贴发放人员汇总表》及其他规定材料报送社发办。

(三)社发办汇总全部材料后，由社区卫生服务中心结合现有台账资料，对村排摸上报的乡村医生信息审核确认，再由党建办和社区事务受理中心再次进行审核，审核结果汇总至社发办。审核通过后，社发办将通过名单反馈给村委会，由村委会再次进行公示（5 个工作日），公示通过后，由相关单位发放。

(四)享受退休乡村医生补贴的人员死亡当月，由所在村居申报暂停发放，如未及时终止，多发补贴必须退回。

附件 4

白鹤镇退休乡村医生医龄补贴申请和确认流程图



附件 5

白鹤镇退休乡村医生医龄补贴发放人员汇总表

单位名称（盖章）：_____

序号	姓名	性别	退休时间	身份证号	补贴医龄	备注
例	张三	男	1993.06		31 年 4 个月	

村（居）委书记:　　审核人:　　经办人:

填报日期:

附件 6

个人委托书

委托人:

身份证号:

被委托人:

身份证号:

由于 xxx(本人)因故不能亲自办理的相关手续,特委托 xxx 作为本人的合法代理人,全权代办本人退休乡村医生补贴申领事项，对委托人在办理上述事项过程中所签署的有关文件，本均予以认可，并承担相应的法律责任。

委托期限:自签字之日起至上述事项完成为止。

委托人:

年　　月　　日