附件1

云阳县无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （1寸免冠彩照） |
| 户口性质（选择打√） | □农 业□非农业 | 身份证号码 |  |
| 现户籍所在地 |  | 原执业所在地 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 参保情况（选择打√） | □城乡居民养老保险 □城镇企业职工养老保险 □超龄人员养老保险 □其他 □尚未参保 |
| 师从何人或学医经历 |  |
| 进入乡村医生岗位时间 |  | 离开乡村医生岗位时间 |  | 实际从事乡村医生工作时间 |  年 |
| 乡村医生岗位以来的主要经历 | 何年何月至何年何月 | 何村卫生室任何职 | 服务实际时间 | 原始证明材料 | 证明人签字及联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 个人承诺 | 以上所填内容属实，若有虚假，后果自负。 本人签字（手印）： 年 月 日 |
| 组织审查意见 | 原服务村卫生室村委会（居委会）审核意见 | 经审核，属于发放对象，服务年限 年。负责人（签章）： （单位公章） 年 月 日 |
| 所在乡镇卫生院（社区卫生服务中心）审核意见 | 经审核，属于发放对象，服务年限 年。负责人（签章）： （单位公章）年 月 日 |
| 所在乡镇人民政府（街道办事处）审核意见 | 经审核，属于发放对象，服务年限 年。负责人（签章）： （单位公章）年 月 日 |
| 所在区县（自治县）卫生健康行政部门审核意见 | 经审核，属于发放对象，服务年限 年，一次性定额补助金额元，医疗补贴金额每月 元。 负责人（签章）：  （单位公章） 年 月 日 |
| 所在区县（自治县）人民政府审定意见 | 经审定，属于发放对象，服务年限 年，一次性定额补助金额 元，医疗补贴金额每月 元。  （单位公章） 年 月 日 |

说明：1. “出生年月”“进入乡村医生岗位时间”“离开乡村医生岗位时间”填写格式为“XXXX.XX”

如：1954年5月填为“1954.05”。

1. “原执业所在地”应填写XX区县XX乡镇XX村卫生室。所填行政村卫生室包括目前尚

在和已撤销、更名或行政区划调整的行政村卫生室。如果为后者，则填原执业期间所在

区县乡镇行政村。

3. 原始证明材料：指申请人身份证、户口本或身份证原件及复印件。

4. 此表一式两份，分别由区县（自治县）卫生健康行政部门和申请人留存。

附件2

云阳县无证无档离岗乡村医生身份和

服务年限认定证人证词

出证人基本情况：

姓名 ，性别 ，身份证号码 ，职业 ，工作单位 ，联系电话 ，现住址 。

证明内容：

我与被证明人 （身份证号： ）系同期村医（村干部或卫生院工作人员或村民）关系。我证明被证明人于 年 月至 年 月，（连续、间断）在 卫生室（卫生服务站）从事医疗服务总时间为 年（连续从事乡村医生工作满1年及以上的，可按实际工作时间计算服务年限。不同时段的实际时间可以累加，累计尾数不足1年的按1年计算），证明情况属实，如提供虚假证明，本人愿承担相关责任。

特此证明

证明人签字（按手印）：

 年 月 日

附件3

云阳县无证无档离岗乡村医生身份和服务年限认定组织查证记录表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 记录时间 |  年 月 日 | 记录地点 | 　 |
| 申请人姓名 | 　 | 性别 | 　 | 服务村卫生室 | 　 | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  |
| 证明人姓名 | 　 | 性别 | 　 | 年龄 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 证明人现单位及职务 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 查证方式 |  |
|  问：你认识申请人 吗？你与申请人 是什么关系？ |
|  答： |
|  问： 年 月你为 提供的无证无档离岗乡村医生身份和服务年限认定证人证词是否属实（同期村民且未提供证人证词的不问）？ |
|  答： |
|  问：请你介绍一下申请人服务情况。申请人 是何年何月进入村卫生室从事医疗服务工作的，村卫生室在什么地方？申请人主要做什么工作（医生、拿药、接生）？ |
|  答： |
|  问：申请人是个人单干还是和其他人在一起合伙？合伙人有哪些？ |
|  答： |
|  问：申请人是何年何月何原因离开村卫生室（卫生服务站）的？ |
|  答： |
|  证明人承诺：本人对以上所述内容的真实性负责，若有虚假，本人依法承担相关责任。 |
| 证明人签字（捺印）： | 年 月 日 |
| 调查小 组人员 签字： |  |
| 　 | 年 月 日 |

附件4

云阳县无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助人员名册

填报乡镇（街道）（盖章）： 主要负责人（签章）： 分管负责人（签章）： 填报人： 联系电话： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 出生年月 | 身份证号码 | 户籍性质 | 户籍所在省市、区县 | 家庭现住址 | 进入乡村医生岗位时 间 | 离开乡村医生岗位时 间 | 原服务村卫生室 | 现所在行政村（居委会） | 参保情况 | 服务年限 | 一次性定额补助金额 | 医疗补贴每月金额 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1.此表按“户籍迁移市外”“市内跨区县”“本区县”三类分别填写，每类一式三份，区县（自治县）卫生行政部门、财政部门、社会保险机构各一份。

2.参保情况：城乡居民养老保险，城镇企业职工养老保险，超龄人员养老保险，其他，尚未参保。填写序号。

附件5

云阳县无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助统计表

填报乡镇（街道）（盖章）： 主要负责人（签章）： 分管负责人（签章）： 填报人： 联系电话： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申 请补 助总人数 | 补 助 人 员 情 况 | 补 助 金 额 | 备注 |
| 实际补助总人数 | 户 籍 | 性 别 | 年 龄 | 平均年龄 | 平均服务年限 | 一次性定额补助（万元） | 医疗补贴（万元） |
| 户籍迁移到市外人数 | 市 内跨区县人 数 | 本区县人 数 | 男 | 女 | 60周岁以下人数 | 60周岁及以上人数 | 总金额 | 户籍迁移到市外人员补助 | 市内跨区县人员补助 | 本区县人 员补 助 | 按月计发补贴 | 按余命年限12年一次性计发补贴 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |