附件:4

永嘉县孕妇产前筛查/产前诊断实时减免/补助对象登记汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 孕妇/丈夫  姓名 | 孕妇/丈夫  身份证号码 | 审核  县（市、区） | 审核机构名称 | 产前筛查 | | 产前诊断 | |
| 免费金额  （150元）） | 检查时间 | 补助金额（1000元） | 检查时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报机构名称（盖章）： 填表人（签名）： 填表日期：