附件4

两江新区离岗乡村医生养老和医疗补助统计表

填报单位： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 请  补 助  总人数 | 补 助 人 员 情 况 | | | | | | | | | | 补 助 金 额 | | | | | | 备注 |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

社会发展局（盖章）： 社会保险管理中心（盖章）： 财政局（盖章）：

负责人签字： 负责人签字： 负责人签字：

经办人签字： 经办人签字： 经办人签字：

联系电话： 联系电话：