附件5

华蓥市离岗老年乡村医生生活补助申请汇总表

填表单位（盖章）：乡镇人民政府（街道办事处） 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 年龄 | 电话号码 | 所在乡镇/街道 | 所在村 | 工作时间（XX年XX月-XX年XX月） | 担任乡村医生期间是否兼任村“三职”干部（若是，需填写兼任村干部的时间段XX年XX月-XX年XX月） | 累计服务年限（扣减同时从事村干部从业年限后，享受补助服务年限，不足1年按1年计算，单位：年） | 每月领取补助金额（元） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |