|  |
| --- |
| 附件2入户调查表 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 调查时间： | 年 月 日 |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 申请人与儿童的关系 | （如：祖孙） | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | 户籍地址 |  | 现居住地址 |  |
| 申请事实无人抚养儿童基本生活补贴的儿童姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 儿童残疾情况（类型、等级） |  | 儿童重病情况（病种） |  |
| 享受低保待遇（元/月） |  | 享受特困救助供养待遇（元/月） |  | 享受困难残疾人生活补贴（元/月） |  | 享受重度残疾人护理补贴（元/月） |  | 所在家庭是否是建档立卡贫困户 |  |
| 就读学校类型 | （如：小学、中职、大专、本科等） | 就读学校名称 |  |
| 户籍地址 |  | 现居住地址 |  |
| 被申请人父亲情况 | 姓名 |  | 民族 |  | 身份证号码 |  | 联系电话： |  |
| 户籍所在地 |  | 现居住地址 |  |
| 重残类型 | 重病 | 服刑在押 | 强制隔离戒毒 | 被执行其他限制人身自由的措施 | 失联 | 死亡 | 失踪 |
| 病种 | 医疗诊断证明出具机构 | 执行期限 | 执行部门 | 执行期限 | 执行部门 | 执行期限 | 执行部门 | 调查核查部门 | 证明出具机构 | 证明出具机构 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被申请人母亲情况 | 姓名 |  | 民族 |  | 身份证号码 |  | 联系电话： |  |
| 户籍所在地 |  | 现居住地址 |  |
| 重残类型 | 重病 | 服刑在押 | 强制隔离戒毒 | 被执行其他限制人身自由的措施 | 失联 | 死亡 | 失踪 |
| 病种 | 医疗诊断证明出具机构 | 执行期限 | 执行部门 | 执行期限 | 执行部门 | 执行期限 | 执行部门 | 调查核查部门 | 证明出具机构 | 证明出具机构 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他需要调查了解的情况 |  |
| 被调查人签字： |  |  | 调查人单位： |  |  | 调查人签字： |  |  |