附件1

广西农村孕妇产前筛查补助经费三联单

医疗保健机构名称： 编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 孕妇姓名 |  | 筛查时间 |  年 月 日 | 人口编号:身份证号码: |
| 丈夫姓名 |  | 筛查孕周 |  周 |
| 户籍地 |  市 县(区) 乡 村 组 |
| 产前筛查内容 |  ☑ 21－三体综合征 ☑ 18－三体综合征 ☑神经管缺陷筛查 |
| 筛查总费用 | ￥160元 | 自治区财政补助金额 | ￥115 元 | 个人支付金额 | ￥45元 |
| 县项目办盖章 年 月 日 | 医疗保健机构盖章 年 月 日 | 孕妇或丈夫签名 年 月 日 |

注：第一联此联由县 (区)项目办保存。

第二联此联由医疗保健机构保存。

第三联此联由补助对象保存。

说明：

1.三联单由各市负责印制。

2.编号原则：XXXXXX（行政区域代码）+XXXX（年）+XXXXXX（本市序号）

如：南宁市青秀区2017年第000001个序号表述为：4501032017000001