

附件 2:

四川省儿童福利机构孤儿基本生活费发放审批花名册

(季、年报表)

县、市民政局 (盖章):

年 月 日

孤儿姓名	性别	出生年 月日	身份证号码	入院时间	健康状况		保障标准 (元/月/ 人)	拟发放金 额 (元)
					健康	残疾		