**再生育申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 女方 | 姓 名 |  | 联系电话 |  | 夫妻合影照片（二寸） |
| 公民身份号码 |  |
| 户 籍 地 |  |
| 现居住地 |  |
| 工作单位 |  |
| 男方 | 姓 名 |  | 联系电话 |  |
| 公民身份号码 |  |
| 户 籍 地 |  |
| 现居住地 |  |
| 工作单位 |  |
| 婚姻状况 | 1.双方初婚 2.男初女再 3.男再女初 4.双方再婚 |
| 结婚时间 |  | 结婚证号 |  |
| 子女数量： 个 |  其中亲生： 个 其他： |
| 第一个子女 | 姓名： 性别： 出生日期： 年 月 日  |
| 第二个子女 | 姓名： 性别： 出生日期： 年 月 日  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 妊娠情况 | 1.未孕 2.已孕（怀孕时间： 年 月） 3.已生育 |
| 已生育补审批 | 新生儿姓名： 性别： 孩次：  |
| 出生医学证明编号： 出生日期： 年 月 日  |
| 健康情况： 出生地点： |
| 社会抚养费征收情况： |
| 我们系合法夫妻，现有 个子女，其中亲生 个， 个。根据《湖南省人口与计划生育条例》第十五条规定，以 理由,申请生育第 个子女,请予批准。 以上所填情况属实，所提交的相关申请材料真实有效。如果与事实不符，我们愿承担一切法律后果。导致违法生育的，同意按最高标准征收社会抚养费。申请承诺人（签名、指纹）： 女方： 男方： 年 月 日 |
| 以上内容由登记对象填写 |

|  |  |
| --- | --- |
| 所在单位或申报地村（居）意见 |   （单位盖章） 经手人： 电话： 年 月 日 |
| 申报地乡级初审意见 |  （单位盖章） 经手人： 电话： 年 月 日 |
| 申报地县级审批意见 |  （单位盖章）经办人： 年 月 日 |
| 生育证编号 |  |

《湖南省人口与计划生育条例》（摘录）

符合下列条件之一的夫妻，可以再生育一个子女：

　　（一）经设区的市、自治州或者省计划生育行政部门确定的病残儿医学鉴定组织鉴定，两个子女中一个有残疾或者第一胎系多胞胎均有残疾，不能成长为正常劳动力，医学上认为可以再生育的；

　　（二）再婚（不含复婚，下同）夫妻再婚前生育的子女数量合计为两个的；

　　（三）再婚夫妻再婚前一方无子女，另一方有一个子女，再婚后生育一个子女的。