附件2

事实无人抚养儿童终止保障登记表

 编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 出生日期 |  | 民 族 |  |
| 户籍状况 |  | 户籍所在地 |  |
| 儿童现住址 |  |
| 纳入事实无人抚养儿童保障日期 |  |
| 终止事实无人抚养儿童保障情 形（在相应栏内打√） | □事实无人抚养儿童年满18周岁□重病父母经医疗康复恢复健康□服刑在押、强制隔离戒毒、被执行其他限制人身自由的父母服刑、隔离等期满□失联、失踪父母重新出现□父母死亡符合孤儿身份认定条件□其他应当终止的情形 |
| 乡镇人民政府（街道办事处）意 见 | 经核实， 符合事实无人抚养儿童终止保障情形。经办人： 负责人: （单位盖章）年 月 日 |
| 县级民政部门 意 见 | 经复核， 符合事实无人抚养儿童终止保障条件，从 年 月起停发基本生活费补贴。经办人： 负责人: （单位盖章）年 月 日 |

备注：此表一式三份，分别由儿童监护人、乡镇人民政府、县级

