附件2

全省卫生计生系统困难职工家庭信息汇总表

 市、州填报单位： （盖章） 填报人： 电话： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  类 别县（市、区） | 计划生育特殊家庭 | 因公殉职 | 因公、因病致伤致残 | 重大疾病或意外事故 | 自然灾害 | 其他特殊困难 | 小计 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |