出生医学证明补(补换)发申请

本人姓名 ，身份证号码 ，□丈夫/□妻子姓名 ，身份证号码 。 小孩姓名 ，性别 ， 年 月 日于 医院出生，已办理出生医学证明，（□已，□未）入户。因 遗失（ ）/被盗（ ）/ 其他 原因，申请补发出生医学证明。

其他需补充的特殊情况

本人承诺以上所述及提供的资料均真实有效，愿意承担由此引起的一切纠纷和法律责任。

申请人：

母亲签名： （按手印）

父亲签名： （按手印）

年 月 日