**供养亲属抚恤金待遇核定表**

年 月

单位名称（章）： 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工亡职工居民身份号码 |  | 工亡职工姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 工亡时间 |  | 本人工资 |  |
| 序号 | 供养亲属姓名 | 性别 | 居民身份号码 | 孤寡老人或孤儿 | 年龄 | 与工亡 职工关系 | 支付比例 | 支付 金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 计 | 人数 |  人  | —— | -- | ------ | ------- | ------- |
| 金额 | ———— | —— | -- | ------- | ------- |  元 |
| 支付金额合计(大写) |  |

|  |
| --- |
| 初审人： 复审人：部门负责人： 经办机构（章）年 月 日 |

注：此表一式两份，经办机构、参保单位各一份，职工基本信息由单位填写，其余项目由经办机构填写。