**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。