附件2

2016年调整工亡职工供养亲属抚恤金核对表

核对单位（盖章）： 工伤保险经办机构（盖章）： 制表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **工亡职工姓名** | **供养亲属姓名** | **性别** | **供养亲属身份证****号码** | **初次享受抚恤金时间** | **调整前月抚恤金金额（元/月）** | **按湘人社发〔2016〕 79号文件增加金额****（元/月）** | **审核调整后月抚恤金金额****（元/月）** | **是否已享受基本养老保险待遇** | **家庭住址** | **联系电话** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

工伤保险经办机构负责人签名： 工伤保险经办机构经办人签名：

人力资源和社会保障行政部门负责人签名： 人力资源和社会保障行政部门经办人签名：

财政部门负责人签名： 财政部门经办人签名：