附件2

**武汉市免除基本殡葬服务费用资金汇总表**

申请单位（盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 免费对象户籍所在区 | 免费数量（具） | 免费金额合计（元） | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |
| 填报人签名： 年 月 日 | 单位负责人签名： 年 月 日 |

主管民政局（部门）审查意见：

 （盖章）

年 月 日