**Phụ lục II**

**TỜ KHAI ĐỀ NGHỊ CẤP GIẤY CHỨNG SINH**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số 22/2025/TT-BYT ngày 28/6/2025*

*của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
---------------**

**TỜ KHAI**

**Đề nghị cấp Giấy chứng sinh**

Kính gửi: …………………………(1)…………….……………….

Họ, chữ đệm, tên khai sinh của người đề nghị:………………………………………..

Số ĐDCN/Hộ chiếu: ………………………………………..………….........................

Nơi cư trú:………………………………………………………………..…….……

Quan hệ với trẻ được đề nghị cấp Giấy chứng sinh: …………………..……………….

Số điện thoại liên hệ: …………………………………………………………………

***Đề nghị cơ quan y tế cấp Giấy chứng sinh cho trẻ theo thông tin dưới đây***:

Họ, chữ đệm, tên trẻ: …………………………………………………………………

Tên dự kiến lúc sinh là *(nếu có)*: ……………………………………………………

Được sinh ra lúc vào lúc:……..giờ…….phút, ngày ……..… tháng …..… năm ……

Tại:……………………………………………………………………………………

Giới tính lúc sinh: Trai □     Gái □   Không rõ □      Cân nặng lúc sinh: ………… gam

Họ, chữ đệm, tên khai sinh của mẹ: ……………………….………………………..…

Ngày, tháng, năm sinh: …………………………..…… Dân tộc: …….………………

Số ĐDCN/Hộ chiếu: ………………………………………..……................................

Nơi cư trú: ………………………..…………………………………………………..

Mã số BHXH/BHYT: ………..………………….………………………………….…

Họ, chữ đệm, tên người đỡ đẻ: ………………......…....... Số điện thoại: ….........

Số ĐDCN/Hộ chiếu: ………………………………………..………….........................

|  |  |
| --- | --- |
| **Xác nhận của người đỡ đẻ***(Ký, ghi rõ họ, chữ đệm, tên)* | *.....……(2), ngày….....tháng….... năm ..….......***Người đề nghị***(Ký, ghi rõ họ, chữ đệm, tên)* |

*Chú thích:*

*(1) Ghi tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quản lý người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh hoặc nhân viên y tế thôn, bản, cô đỡ thôn, bản đã đỡ đẻ cho trẻ.*

*(2) Ghi địa danh hành chính xã/phường nơi người đề nghị cấp Giấy chứng sinh cư trú.*