**PHỤ LỤC 6**

**GIẤY XÁC NHẬN DỊ DẠNG, DỊ TẬT BẨM SINH***(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số: 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 30/6/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội)*

|  |  |
| --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN**ĐƠN VỊ ……(1)-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |
| Số: …../GXN-... | *………………, ngày ... tháng ... năm………* |

**GIẤY XÁC NHẬN**

**BỊ DỊ TẬT, DỊ DẠNG BẨM SINH**

Ông (bà): ………………………………………………. Giới tính: □ Nam □ Nữ

Sinh ngày ………. tháng …… năm ……………….

*Giấy CMND/Hộ chiếu/Giấy khai sinh số* *(2)*: ……………. Ngày …./ …./ ………..

Nơi cấp:.............................................................................................................................

Chỗ ở hiện tại: ..................................................................................................................

Bị dị tật, dị dạng bẩm sinh: (3) .........................................................................................

...........................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|   | **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ***(Ký, ghi rõ họ và tên và đóng dấu)* |

*(1) Ghi tên cơ sở y tế cấp giấy xác nhận*

*(2) Giấy Khai sinh chỉ dùng cho trẻ dưới 14 tuổi.*

*(3) Ghi cụ thể tên dị dạng, dị tật bẩm sinh kèm theo vào Giấy xác nhận này và đánh dấu (X) vào ô tương ứng trong Danh mục dị dạng, dị tật bẩm sinh kèm theo Thông tư liên tịch số: 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 30/6/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội.*