附件19

身份信息核查函

派出所：

（身份证号码： ）在办理《出生医学证明》核查身份信息时，遇到二代身份证识别不能通过验证或 的问题，请予以协助核查。

谢谢！

单位：（公章）

年 月 日

-----------------------------------------------------------

公安机关核查回执

**一、**提交核查的公民身份信息

姓名： ；公民身份号码： 。

**二、**核实结果

姓名： ；公民身份号码： 。

证件照片是否一致： ；

户籍管理机关： 。

备注： 。

(户籍专用章)

年　　月　　日