表11：医疗救助申请表(参考样表)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 身份  证件号码 |  | |
| 家庭  住址 |  | | | | 村(社区) |  | 联系  电话 |  |
| 申请  救助对象  类别 | □低保对象 □特困人员 □孤儿 □低保边缘家庭成员  □刚性支出困难家庭中符合条件的大病患者(因病致贫重病患者) □防止返贫监测对象 □其他( ) | | | | | | | | |
| 申请原因 |  | | | | | | | | |
| 申请人  授权 | 现授权 到  调查本人及家庭成员经济状况，请以上部门和机构予以配合并向被授权单位提供相关信息，以上部门和机构提供的本人及家庭成员经济状况，本人予以认可。  授权人： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 相关认定  部门意见  (民政、  农业农村  等部门) |  | | | | | | | | |
| 经办机构  意见 |  | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | |

申请人： 年 月 日