|  |
| --- |
| 附件 |
| 城乡救助对象申请审批表 |
| 救助人姓名 |  | 性别 |  | 族别 |  | 出生年月 |  | 家庭人口 |  |
| 户籍地址 |  | 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 持卡人姓名 |  | 持卡人身份证号码 |  | 开户银行 |  | 银行卡号 |  |
| 家庭成员信息 |
| 姓名 | 性别 | 族别 | 文化程度 | 出生年月 | 婚姻状况 | 人员类别 | 工作单位 | 月收入 | 身份证号码 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 家庭年总收入 |  | 家庭年人均收入 |  |
| 医疗费总额 |  | 医保已报销金额 |  | 个人自付金额 |  |
| 申请城乡医疗救助金主要理由： | 申请人签字并按手印： |
|  |  |  |  |  |  |  | 年 月 日 |
| 调查记录： | 公示情况（村/居委会填写）： |
| 调查人签字： |  |  |  |
| 年 月 日 |  |  |  |
| 申请人户口所在地村（居）委会意见： | 负责人（第一书记）签字： | 申请人户口所在街道办事处（乡镇）政府审核意见： | 负责人（分管领导）签字： |
| 经办人签字： | 经办人签字： |
| （盖章） | 年 月 日 | （盖章） | 年 月 日 |
| 申请人户口所在县（市）民政部门审批意见： | 负责人（分管领导）签字： | 申请人户口所在县（市）医保部门审核意见： | 负责人（分管领导）签字： |
| 经办人签字： | 经办人签字： |
| （盖章） | 年 月 日 | （盖章） | 年 月 日 |