附表19

医疗救助申请卡

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 □特困供养人员 □重度残疾人 □孤儿 □低收入对象□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 |
| 民政部门意见 |  |
| 经办机构意见 |  |
| 备注 |  |

申请人： 年 月 日