|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |