附件3

中山市其他医疗救助对象金融资产核实表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 家庭成员金融资产额情况 | 申请人自报 | 镇 民政部门 核实 | 备注 |
| 1 | 现金（元） | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 银行存款（元） | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 公积金余额（元） | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 股票（元） | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 基金（元） | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 其他（元） | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 金融资产总额（元） | 　 | 　 | 　 |
| 8 | 共同生活家庭人口数（人） | 　 | 　 | 　 |
| 9 | 金融资产人均值（元） | 　 | 　 | 　 |
| 10 | 是否人均值不超过本市24个月最低生活保障标准 元 | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 　 |
| 11 | 签字确认 |  申请人签名：   年 月 日 |  经办人签名：   年 月 日 | 　 |