附件6

中山市医疗救助申请卡

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 身份证号码 |  | |
| 家庭住址 |  | | | 村 （社区） |  | | 联系电话 |  |
| 申请救助 对象类别 | □特困供养人员 □散居孤儿和实事无抚养儿童 □最低生活保障对象 □低收入家庭成员 □其他医疗救助对象 | | | | | | | | |
| 申请原因 | 申请人 申请日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 申请人 授权 | 现授权 到 调查本人及家庭成员经济状况，请相关部门和机构予以配合并向被授权单位提供相关信息，相关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 | | | | | | | | |
| 民政职能部门意见 |  | | | | | | | | |
| 镇公共服务办公室（行政审批局）  意见 |  | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | |