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 | 　 |