

## 医疗救助对象家庭经济情况评估表

编号：

填表日期： 年 月 日

户主(申报人)姓名		身份证号		家庭总人口数		联系电话			
户口所在地				现居住地					
家庭成员状况									
家庭成员 基本信息	户主关系	姓名	身份证号	性别	年龄	人员类别	工作单位	年收入 (万元)	支出情况 (万元)
	户主								
	总计								
申请理由									
村委会(社区居委会)意见	盖章 年 月 日			乡镇人民政府(街道办事处)意见	盖章 年 月 日				
县级医保部门意见	盖章 年 月 日								

## 忻州市医疗救助申请表

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	<input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 特困供养人员 <input type="checkbox"/> 重度残疾人 <input type="checkbox"/> 孤儿 <input type="checkbox"/> 低收入证明 <input type="checkbox"/> 优抚对象 <input type="checkbox"/> 建档立卡贫困户 <input type="checkbox"/> 城乡居民 <input type="checkbox"/> 城镇职工 <input type="checkbox"/> 其他: _____							
申请原因及病情描述								
申请人(代理人)授权	现授权_____到_____调查本人及家庭成员经济状况(身体状况), 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(身体状况), 本人予以认可。 授权人(代理授权人): _____ 年 月							
社区村委会审核意见是否同意	申请人身份: (低保 ) (特困供养 ) (其他_____) 审核意见: <div style="text-align: right;">单位盖章: 年 月 日</div>							
乡镇居民办事处审核意见是否同意	申请人身份: (低保 ) (特困供养 ) (其他_____) 审核意见: <div style="text-align: right;">单位盖章: 年 月 日</div>							
医保部门意见								
备注								

申请人(代理人):

年 月 日