

表 11

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	☐ 低保对象 ☐ 特困人员 ☐ 孤儿 ☐ 低保边缘家庭成员 ☐ 刚性支出困难家庭中符合条件的大病患者（因病致贫重病患者） ☐ 防止返贫监测对象 ☐ 其他（ ）							
申请原因								
申请人	现授权_____到_____调查本人及家庭成员经济状况，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，本人予以认可。 授权人：_____年 月 日							
相关认定 部门意见 （民政、农 业农村等 部门）								
经办机构 意见								
备注								

申请人：_____年 月 日

表 12

个 人 承 诺 书

本人_____（身份证件号码：_____），
办理_____业务。因个人原因无法提
供_____（填写办理材料名称），本
人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有
效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话：

通讯地址：

承诺人（签名、指印）：

年 月 日