表11：医疗救助申请卡

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 □事实无人抚养儿童 □纳入监测范围的农村易返贫致贫人口 □低保边缘家庭成员 □支出型困难家庭成员 □残疾人： □其他： | | | | | | | | | |
| 申请原因 |  | | | | | | | | | |
| 申请人授权 | 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 | | | | | | | | | |
| 民政或乡村振兴或残联部门或意见 |  | | | | | | | | | |
| 经办机构意见 |  | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | |

申请人： 年 月 日