

表 14：医疗救助申请卡（参考样表）

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"/> 低收入对象 <input type="checkbox"/> 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								
民政部门意见	CHINA HEALTHCARE SECURITY								
经办机构意见									
备注									

申请人：

年 月 日