

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	<input type="checkbox"/> 低保对象 <input type="checkbox"/> 特困人员 <input type="checkbox"/> 孤儿 <input type="checkbox"/> 事实无人抚养儿童 <input type="checkbox"/> 纳入监测范围的农村易返贫致贫人口 <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭成员 <input type="checkbox"/> 支出型困难家庭成员 <input type="checkbox"/> 残疾人：_____ <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