北京市资助城乡低收入特困人员

参加新型农村合作医疗申请审批表

区（县） 街道（乡镇） 社区居（村）委会

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  | 户籍类别 |  |
| 身份类别 |  | 享受资助参合金额 |  | 户籍地址 |  |
| 持证人姓名 |  | 身份证号码 |  | 与申请人关系 |  |
| 批准享受低收入救助时间 |  | 联系电话 |  |
| 申请理由 | 申请人签字： 年 月 日 |
| 街道（乡镇）审核意见 | 经办人签字（盖章）： 年 月 日 |
| 区（县）民政局审批意见 | 经办人签字（盖章）： 年 月 日 |

填表说明： “身份类别”指重病患者、重残人员、老年人。