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。