

社会救助申请材料补正通知书

_____ :您好！

我们于_____年____月____日收到您提交的关于_____申请材料。根据《关于调整完善我市城乡医疗救助制度的意见》和《关于调整规范城乡社会救助对象医疗救助申请审批程序有关问题的通知》的规定,经审核,该申请中有如下材料欠缺或表达不清,请您在收到本补正通知书之日起 5 个工作日内补正。无正当理由逾期不予补正的,视为您放弃本次申请。补正申请材料所用时间不计入审查期限。

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
-

(盖章)

年 月 日

备注：1. 该文书适用于在申请社会救助时材料欠缺情形；
2. 该文书由街道或乡镇使用。