

事后医疗救助待遇不予批准决定书

_____ :您好!

我们对您_____年____月____日提交的关于北京市城乡社会救助对象事后医疗救助待遇的申请和相关证明材料进行了调查核实。您目前的家庭生活状况不符合《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》的相关规定,对您申请事后医疗救助不予批准。具体理由是:

1.

2.

3.

4.

.....

如对本决定不服,可以自收到本决定书之日起 60 日内向北京市××区(县)人民政府或者北京市民政局申请行政复议,或自收到本决定书之日起六个月内向北京市××区(县)人民法院提起行政诉讼。

特此告知。

区(县)民政局

(盖章)

年 月 日