附件4

江门市医疗救助不予受理通知书

先生（女士）：

您于 年 月 日申请医疗救助，经核查，您存在以下情况，决定不受理您的医疗救助申请。

□1.人员类型不符合《江门市医疗救助办法》第六条的规定；

□2.根据《广东省医疗救助申请家庭经济状况核对报告》（编号： ），您的家庭财产不符合《江门市医疗救助办法》第七条的规定。

单 位：

经办人：

日 期： 年 月 日

申请人已获知江门市医疗救助不予受理的通知。

送达人：

见证人：

日 期： 年 月 日

申请人拒绝或未当面签收江门市医疗救助不予受理通知书。

送达人：

见证人：

日 期： 年 月 日

注：1.申请人无法或拒绝接收本通知书的，送达人应当记明无法签收或拒收事由。

2.送达人可以邀请有关基层组织或者所在单位的代表到场，说明情况，由送达人、见证人签名，把本通知书留在申请人的住所，并采用拍照、录像等方式记录送达过程，即视为送达。

3. 本通知一式三份，由镇人民政府（街道办事处）填写，一份送达申请人、一份由乡镇（街道）存档、一份由县（区）级医疗保障经办机构存档。

4.如对本行政行为不服的，可自收到本通知之日起60日内提出行政复议，也可于6个月内到人民法院提起行政诉讼。