附件5

江门市医疗救助家庭经济状况查询核对委托书

本人姓名 ，现申请医疗救助。

本人及共同生活的其他家庭成员授权、委托医疗救助审核、审批机关及其指定的收入核对机构对本家庭成员（含法定赡、抚、扶养关系成员）的收入和家庭财产情况的相关信息进行核对，包括但不限于入户调查和到公安、人力资源社会保障、住房城乡建设、交通、市场监管、税务、自然资源、公积金中心、银行、保险、证券等部门、机构进行核查和信息比对。授权有效期从本人提出申请之日起至医疗救助审批完成之日止。

本人及其他共同生活家庭成员保证，所提供的全部信息真实、完整，愿意接受有关部门调查，如虚报、隐瞒、伪造申请材料，骗取医疗救助金，或在家庭人口、收入和财产发生变化，已明显不符合医疗救助条件时，30天内未向乡镇政府（街道办事处）主动报告的，本人及其他共同生活家庭成员自愿承担相应法律责任。

□申请人及共同生活家庭成员签字（按捺指纹）：

□监护人代签（按捺指纹）：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 承诺及授权人 | 身份证号码 | 签字（按捺指纹） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

窗口经办人员签字： 年 月 日

注：有民事行为能力的救助申请家庭成员应当由本人签字并按捺指纹，无民事行为能力的救助申请家庭成员应当由监护人签字并按捺指纹，无书写能力的救助申请家庭成员应当采取按捺指纹的方式。