附件8

江门市医疗救助对象初审公示单

下列对象申请医疗救助，现将有关审核情况予以公示，接受社会监督。如有异议请提供事实依据和有效证明材料，可直接向乡镇（街道）反馈。
 公示时间： 年 月 日至 年 月 日（公示期为7日）
 乡镇（街道）举报电话： 邮箱：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 拟保障对象姓名 | 家庭所在村（居） | 家庭人数 | 拟救助对象类型 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：1.由乡镇（街道）在申请人所在村（居）设置的村（居）务公开栏及乡镇（街道）公共服务大厅公示。

 2.拟救助对象类型包括：（1）因病致贫家庭重病患者；（2）县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员。

行政机关（盖章）：

 年 月 日