附件10

江门市医疗救助对象拟批准公示名单

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）或医疗保障经办机构反馈。  
 公示时间： 年 月 日至 年 月 日

（公示期为5日）  
 乡镇（街道）举报电话： 邮箱：

医疗保障经办机构举报电话： 邮箱：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 拟救助对象 姓名 | 家庭所在村（居） | 家庭人数 | 拟救助对象类型 | 拟救助  金额 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

行政机关（盖章）：

年 月 日