附件12

江门市申请医疗救助审批告知书

镇人民政府（街道办事处）：

您于 年 月 日提交的医疗救助申请材料，经调查审核，根据《江门市医疗救助办法》等规定，审批结果如下：

□符合申请医疗救助条件。

□不符合申请医疗救助条件，不符合原因如下：

□个人负担的医疗费用不符合《江门市医疗救助办法》相关规定；

□所提交的资料有误，具体表现为：

 审批单位（盖章）

 年 月 日

**（此告知书用于告知镇街，不用于告知申请救助对象）**