附件13

江门市申请医疗救助不予批准告知书

**（工作人员填写）**

（ 年第 号）

 xxx先生/女士：

您于 年 月 日提交医疗救助申请，经调查审核，根据《江门市医疗救助办法》等相关规定，您因：

□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：

不符合申请医疗救助条件，不予批准。

若不服本告知书，可自收到本告知书之日起15日内向本单位提出复查申请。

□申请人已获知医疗救助不予批准的通知。

 送达人：

 见证人：

 日 期： 年 月 日

□申请人拒绝或未当面签收其医疗救助不予批准通知书。

 送达人：

 见证人：

 日 期： 年 月 日

 告知单位（盖章）

 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，把本告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.本告知一式三份，一份送达申请人、一份由乡镇（街道）存档、一份由县（市、区）医疗保障局（分局）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。