**因病致贫重病患者审核认定表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | | |
| 身份证号码 |  | | | 家庭人口数 | | |  |
| 户籍地址 |  | | | | | | |
| 居住地址 |  | | | | | | |
| 申请类别 | 因病致贫重病患者 | | 联系电话 |  | | | |
| 家庭共同生活 成员情况 | 姓名 | 与申请人关系 | 身份证号码 | 婚姻状况 | 健康  状况 | 申请前12个月家 庭人均收入(元) | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
| 认定内容 | 申请人家庭人均收入低于当地城市低保标准4倍(含),且家庭拥有的人均金融资 产低于上一年度云南省城市居民人均可支配收的2倍(含)。 | | | | | | |
| 乡镇(街道)  审核意见 | 经调查核实，申请人符合因病致贫重病患者的条件，拟同意认定。 | | | | | | |
| 经办人： 负责人： | | | (盖章)  年 月 日 | | | |
| 县级民政  部门意见 | 同意认定 为因病致贫重病患者，期限为一年，自 年 月 日至 年 月 日止。 | | | | | | |
| 经办人： 负责人： (盖章)  年 月 日 | | | | | | |