表11：医疗救助申请卡

<table>
<tr><td rowspan="2">申请人
基本情况</td><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>身份证件
号码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>家庭
住址</td><td colspan="4"></td><td>村
（社区）</td><td></td><td>联系
电话</td><td></td></tr>
<tr><td>申请救助
对象类别</td><td colspan="9">☐低保对象　☐特困人员　☐孤儿　☐事实无人抚养儿童
☐低保边缘家庭成员　☐纳入监测范员围的农村易返贫致贫人口
☐残疾人:　☐支出型困难家庭成员
☐其他:</td></tr>
<tr><td>申请原因</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>申请人
授权</td><td colspan="9">现授权_____到_____调查本人及家庭成员经济状况，请以上部门和机构予以配合并向被授权单位提供相关信息，以上部门和机构提供的本人及家庭成员经济状况，本人予以认可。

授权人:

年　月　日</td></tr>
<tr><td>民政或乡村振兴或残联部门意见</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>经办机构
意见</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>备注</td><td colspan="9"></td></tr>
</table>

申请人:　　年　月　日