

# 潍坊市民政局 潍坊市财政局文件 潍坊市医疗保障局

潍民字〔2023〕28号

## 关于印发《潍坊市因病致贫重病患者认定 实施细则（试行）》的通知

各县市区民政局、财政局、医疗保障局，市属各开发区发展软环境保障局、财政金融局、医保主管部门：

现将《潍坊市因病致贫重病患者认定实施细则（试行）》印发给你们，请结合实际认真贯彻落实。



（此件主动公开）

# 潍坊市因病致贫重病患者认定 实施细则（试行）

## 第一章 总 则

**第一条** 为规范我市因病致贫重病患者认定工作，根据《山东省因病致贫重病患者认定办法（试行）》（鲁民〔2023〕16号）和《潍坊市人民政府办公室关于印发健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施方案的通知》（潍政办发〔2022〕7号）等文件规定，结合我市实际，制定本实施细则。

**第二条** 具有我市户籍，因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者，其家庭收入、家庭财产和生活状况符合我市因病致贫重病患者条件的，经本人申请，按照程序认定为因病致贫重病患者。

**第三条** 因病致贫重病患者认定工作应遵循以下原则：

- （一）属地管理，分级负责；
- （二）优化服务，高效便民；
- （三）公开、公平、公正、公信。

**第四条** 县级及以上人民政府民政和医保部门协同配合，市级部门负责制定相关政策，指导业务开展；县级部门落实属地责任，负责统筹本行政区域内因病致贫重病患者认定、救助工作。

镇人民政府（街道办事处）〔以下简称镇（街道）〕参照最低生活保障办理程序承接县（市、区）按程序委托的审核确认权限，承担因病致贫重病患者认定申请的受理、审核、确认等工作，县级民政、医保部门加强监督指导。村（居）民委员会协助做好相关工作。

## 第二章 认定条件

**第五条** 申请因病致贫重病患者，应未纳入最低生活保障、特困人员救助供养、最低生活保障边缘家庭、返贫致贫人口、防止返贫监测帮扶对象等救助范围，且同时满足以下条件：

（一）患者本人在我省参加城乡居民基本医疗保险或城镇职工基本医疗保险。

（二）提出申请之月前 12 个月内，政策范围内个人负担费用超过当地上年度城镇或者农村居民人均可支配收入，家庭收入扣除政策范围内个人负担费用之后，共同生活的家庭成员月人均收入低于当地城乡低保月标准的 2 倍，且不超过当地月最低工资标准。

（三）家庭财产符合当地低保边缘家庭财产相关规定。

**第六条** 政策范围内个人负担费用是指患者在定点医药机构就医发生的住院费用、门诊慢特病费用（包括参照住院和门诊慢特病管理单独支付的药品费用），经基本医保、大病保险（含职工大额医疗补助，下同）等报销后政策范围内个人自付部分，以

及基本医保、大病保险年度起付线以下和最高支付限额以上的费用。

**第七条** 共同生活家庭成员、家庭收入及核算认定参照《潍坊市最低生活保障管理办法》有关规定，但在家庭收入核算时，对于因患重病增加的刚性支出项目，不得重复扣减。家庭财产认定参照《潍坊市最低生活保障边缘家庭认定实施细则》有关规定，但允许拥有现价值不超过当地年城市低保标准3倍的机动车辆（机动车辆现价值 = 原值 - 每年折旧额 × 使用年数，每年折旧额 = 原值 ÷ 预计使用年限 15 年）。家庭收入认定和家庭财产状况中，原则上不纳入低保、低保边缘家庭的情形，适用于因病致贫重病患者认定。

### 第三章 申请受理

**第八条** 申请因病致贫重病患者，应当由患者本人作为申请人，向其户籍所在地镇（街道）提出书面申请；实施网上申请受理的地方，可以通过互联网提出申请。

患者本人申请有困难的，可以由共同生活的家庭成员代为申请，也可以由患者本人或共同生活的家庭成员委托村（居）委会或者其他人员代为申请。委托申请的，应当办理相应委托手续。

镇（街道）、村（居）委会发现患重病家庭可能符合因病致贫重病患者认定条件的，应当主动告知其有关政策。

**第九条** 申请材料主要包括：户口簿、身份证等证件；患者

出院记录（出院小结、病历首页）、结算单据、医疗费用发票的原件及复印件；按规定填写《因病致贫重病患者申请审核确认表》（附件1），承诺所提供信息真实、完整。

**第十条** 镇（街道）应当对提交的材料进行审查，材料齐备的予以受理；材料不齐备的，应当一次性告知补齐所有规定材料。已实行证明事项告知承诺制的可不提供相关证明材料，可以通过国家或省政务服务平台、省或市社会救助家庭经济状况核对系统查询获取的材料，不要求当事人提交。医保部门提供参保患者医疗费用医保支付情况（附件2）。

**第十一条** 在因病致贫重病患者申请审核过程中发现共同生活的家庭成员有下列行为之一的，镇（街道）可以中（终）止审核确认程序：

（一）拒绝配合经办机构或者经办人员对其家庭状况进行调查，致使无法核实家庭收入和财产的；

（二）故意隐瞒家庭及其法定赡养、抚养、扶养人家庭人口、收入、财产和因病支出状况，或者提供虚假申请材料的；

（三）保险赔偿、医疗机构减免等超出个人负担医疗费用，明显不符合因病致贫重病患者条件的。

**第十二条** 因病致贫重病患者申请对象，非共同生活的法定赡养（抚养、扶养）人家庭有下列情形之一且家庭成员中无重病重残人员的，原则上不认定为因病致贫重病患者：

（一）拥有2套及以上住房，且家庭人均住房建筑面积高于

统计部门公布的上年度全市人均住房建筑面积的；

(二) 家庭人均财产价值总计超过上年度本市居民人均消费支出的3倍。

本条所述法定赡养（抚养、扶养）人家庭财产不包括已成年孙子女财产（具有赡养祖父母、外祖父母义务的孙子女、外孙子女除外），财产价值指家庭拥有机动车辆现价值和金融资产价值。

**第十三条** 对家庭财产情况超出政策规定条件，但经调查后确存在特殊困难，需要纳入救助范围的，县（市、区）或镇（街道）可通过“一事一议”的方式，集体研究确定，并做好有关资料归类存档。

#### 第四章 审核确认

**第十四条** 镇（街道）应当自受理申请之日起10个工作日内，对申请人家庭经济状况、罹患重特大疾病情况、医疗费用支出情况、医疗保险（包括基本医疗保险、大病保险等）支付情况和实际生活情况等予以调查核实，并提出审核意见。村（居）委会应当协助镇（街道）开展调查核实。

**第十五条** 镇（街道）应当在2个工作日内，将申请因病致贫重病患者提交的相关材料推送县级医保部门或其委托的镇街医保服务站点，由县级医保部门或其委托的镇街医保服务站点核实申请因病致贫重病患者参保情况、申请之月前12个月内医疗费

用支付情况。县级医保部门或其委托的镇街医保服务站点应当自收到镇（街道）推送之日起5个工作日内反馈，市外就医、异地参保等其他特殊情况，可延长3个工作日。

**第十六条** 申请人共同生活的家庭成员户籍所在地与经常居住地不一致的，受理申请的镇（街道）可以委托申请人家庭成员居住地乡镇（街道）调查核实。受委托的乡镇（街道）应当自收到委托之日起10个工作日内完成调查核实，将评估材料送交受理申请的镇（街道）。

**第十七条** 调查申请人家庭经济状况、罹患重特大疾病情况、医疗费用支出情况、医疗保险支付情况和实际生活情况等，可采取信息核对、入户调查、邻里访问、信函索证、行业评估、支出推算等方式进行，具体要求参照《潍坊市最低生活保障管理办法》有关规定。

**第十八条** 经家庭经济状况信息核对，不符合因病致贫重病患者条件的，镇（街道）应当及时告知申请人。申请人对核对结果有异议的，应当在15日内提供相关佐证材料；镇（街道）应当自收到佐证材料起10个工作日内进行复查。对同一家庭，30日内原则上不重复调查；对同一家庭多次调查，以最近一次调查结果为准。

**第十九条** 镇（街道）对拟确认为因病致贫重病患者的，在申请家庭所在村、社区进行公示（附件3），公示期为7天，公示应当依法保护个人隐私，不得公示无关信息。公示期满无异

议的，应当在3个工作日内予以确认同意，发放确认通知书（附件4）。对公示有异议的，镇（街道）应当对申请人家庭重新组织调查核实，视情开展民主评议，在10个工作日内提出审核意见，并重新公示。

**第二十条** 对不符合条件的申请不予确认同意，镇（街道）应在作出决定3个工作日内书面告知申请人并说明理由（附件5）。

**第二十一条** 因病致贫重病患者审核确认工作应当自受理之日起20个工作日之内完成；特殊情况下，可以延长至30个工作日。

**第二十二条** 合理认定城市与农村因病致贫重病患者。对于拥有承包土地或者参加农村集体经济收益分配的家庭，一般按农村因病致贫重病患者家庭认定。

**第二十三条** 未经申请受理、家庭经济状况调查、审核确认等程序，不得将任何人直接认定为因病致贫重病患者。

**第二十四条** 被认定为因病致贫重病患者的，以做出审核确认决定之日为准。镇（街道）每月5日前将上月新认定的因病致贫重病患者信息推送到县级民政、医保部门。

## 第五章 救助实施

**第二十五条** 对经认定符合因病致贫重病患者医疗救助待遇条件的，经基本医保、大病保险报销后，政策范围内个人负担费

用超过 9000 元以上的部分，按 60% 比例给予救助，年度救助限额 2.5 万元。因病致贫重病患者身份认定一次有效，针对自申请之月前 12 个月内产生的个人负担费用，享受一个医疗年度救助待遇和救助限额，一个年度内不得重复申请。

**第二十六条** 被认定为因病致贫重病患者的，可在 20 个工作日内持《因病致贫重病患者确认通知书》、银行卡，到所在县级医保部门或其委托的镇街医保服务站点申请医疗救助。其中，非本市参保人员还需提供门诊慢特病和住院医疗费用发票、统筹费用结算证明等材料。医保部门按规定审核救助后，建立因病致贫重病患者医疗救助台账，每月推送到县级民政部门。

## 第六章 监督管理

**第二十七条** 各县（市、区）民政部门应当会同医保等有关部门建立健全因病致贫重病患者信息共享、主动发现工作机制，为镇（街道）开展因病致贫重病患者认定工作提供支持。

**第二十八条** 镇（街道）在受理因病致贫重病患者认定申请时，要同步进行最低生活保障、特困人员救助供养、临时救助和低保边缘家庭认定等社会救助关联事项的初审研判，主动告知相关救助政策。

**第二十九条** 镇（街道）应当做好因病致贫重病患者认定工作资料归类、建档工作，健全因病致贫重病患者档案管理制度，有条件的地方应当建立电子档案。

**第三十条** 县级以上人民政府民政、医保、财政部门应当加强因病致贫重病患者认定、救助和资金管理使用工作监督检查，严格执行医疗救助基金监督管理规定，建立健全相关监督管理制度。

**第三十一条** 相关工作人员在履行因病致贫重病患者认定职责过程中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊、失职渎职的，应当依法依规追究相关责任。对秉持公心、履职尽责但因客观原因出现失误偏差且能够及时纠正的经办人员可依法依规免于问责。

**第三十二条** 采取虚报、隐瞒、伪造等不正当手段，不如实提供相关情况，骗取因病致贫重病患者认定资格以及救助金的，由镇（街道）取消其因病致贫重病患者资格，并责令退回违规获取的救助金。违反治安管理规定的，提请公安机关依法给予治安管理处罚。构成犯罪的，移交司法部门依法追究法律责任。

## 第七章 附 则

**第三十三条** 各县（市、区）可以根据本实施细则，结合本地实际进一步优化认定工作。

**第三十四条** 本实施细则由市民政局、市医保局负责解释，自2023年6月12日起施行，有效期至2025年6月11日。此前相关管理规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。

附件：1. 因病致贫重病患者申请审核确认表（样表）

2. 申请因病致贫重病患者医疗费用医保支付情况表  
(样表)
3. 因病致贫重病患者审核公示 (样表)
4. 因病致贫重病患者确认通知书 (样表)
5. 不予批准因病致贫重病患者告知书 (样表)

附件1

## 因病致贫重病患者申请审核确认表（样表）

申请人姓名	居民身份证号码			提出申请日期		_____年__月__日				
性别	出生日期		民族	婚姻状况						
健康状况	劳动能力		就业状况	工作单位						
学业状况	目前就读学校									
联系方式	文化程度		共同生活家庭成员		_____人					
在我省参加基本医疗保险情况： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 参保地：_____省_____市_____县（市、区） 参加保险类别： <input type="checkbox"/> 城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 城镇职工基本医疗保险										
户籍地	_____省_____市_____县（市、区）_____镇（街道）_____村（社区）_____小区_____号楼_____单元_____室									
居住地	_____省（区/市）_____市（州）_____县（市、区）_____乡镇（街道）_____村（社区）_____小区_____号楼_____单元_____室									
代理人姓名	与申请人关系			代理人联系电话						
共同生活家庭成员情况	姓名	民族	劳动能力	与申请人关系	婚姻状况	健康状况	就业状况	工作单位	月收入（元）	居民身份证号码

非共同生活的法定赡养人情况	姓名	民族	劳动能力	与申请人关系	婚姻状况	健康状况	就业状况	工作单位	家庭人均月收入(元)	居民身份证号码
家庭收入支出情况	家庭月收入(元)	_____元			大病病种					
	近12个月医疗支出金额(元)	总花费_____元。其中,经基本医疗保险报销_____元、大病保险报销(含职工大额医疗补助)_____元、其他补充医疗保险报销_____元、商业健康保险赔付_____元,个人负担费用_____元。								
家庭财产情况	1. 银行存款: _____元。 2. 有价证券: _____元。 3. 债权: _____元。 4. 房产: 房屋地址_____, 建筑面积_____m <sup>2</sup> , 房屋性质_____, 房屋来源_____, 购(建)房时间_____年___月。 5. 机动车: 车主姓名_____ 车型_____ 车牌号_____, 排气量_____, 购买时间_____年___月, 购买金额_____元。 6. 机动船舶: 船主姓名_____ 船型_____ 船牌号_____, 排气量_____, 购买时间_____年___月, 购买金额_____元。 7. 其他财产: _____ 8. 家庭主要支出情况: 支出项目名称_____, 支出金额_____元。 备注: 上述财产或支出有两种及以上情况的可根据实际自行增添。									
<p>我已确认上述内容无误并真实有效,如存在虚报、隐瞒、伪造等不如实提供信息资料的行为,本人及家庭愿意承担相应法律责任。</p> <p>申请人签字确认: _____</p> <p>(无民事行为能力或限制民事行为能力的申请人应当委托代理人签字确认)</p>										

## 潍坊市社会救助家庭经济状况诚信承诺及核对授权书

本人姓名：\_\_\_\_\_，身份证号\_\_\_\_\_，现申请因病致贫重病患者认定。

本人及家庭成员（含具有法定赡养、抚养、扶养义务关系的非共同生活的家庭成员，下同）郑重承诺，上述表格中所填报的内容真实、准确、完整，愿意接受社会救助管理部门的调查并承担相应的法律责任。

本人及家庭成员授权社会救助经办机构及各级社会救助家庭经济状况核对机构在本家庭申请及获得社会救助期间，通过但不限于教育、公安、民政、司法、财政、人力资源社会保障、自然资源、住房城乡建设、农业农村、卫生健康、退役军人、应急、市场监管、医保、税务、工会、共青团、残联、妇联等单位以及银行、证券、保险等金融机构，查询、核对本人及家庭成员的基本信息及其收入、财产、支出等家庭经济状况信息。本人及家庭成员亦同意所有涉及本人及家庭成员的基本信息及其收入、财产、支出等家庭经济状况信息的单位、机构将相关信息提供给社会救助经办机构和核对机构。

申请人或委托代理人签名（按捺指纹）：

申请人的家庭成员签名（按捺指纹）：

年 月 日

备注：1. 有民事行为能力的申请人应当由本人签字并按捺指纹，无民事行为能力或限制民事行为能力的申请人应当由委托代理人签字并按捺指纹，无书写能力的申请人应当由有书写能力的委托代理人代签并按捺申请人本人指纹。2. 本诚信承诺及核对授权书一式一份，由镇（街道）保管，作为开展社会救助家庭经济状况核查比对的依据并存档。

\*\*\*以上部分由申请人填写，以下部分由工作人员填写\*\*\*

核算情况	提出申请之月前 12 个月内，政策范围内申请人个人负担费用是_____元。		<input type="checkbox"/> 超过当地上年度（ <input type="checkbox"/> 城镇/ <input type="checkbox"/> 农村）居民人均可支配收入（为_____元/年） <input type="checkbox"/> 不超过当地上年度居民人均可支配收入	
	扣除政策范围内个人负担费用之后，共同生活的家庭成员月人均收入是_____元。		<input type="checkbox"/> 低于当地（ <input type="checkbox"/> 城市/ <input type="checkbox"/> 农村）低保月标准的 2 倍，不高于当地月最低工资标准 <input type="checkbox"/> 不符合收入认定条件	
家庭经济状况信息核对情况 (后附核对报告)	经核对，申请人家庭财产 <input type="checkbox"/> 符合/ <input type="checkbox"/> 不符合因病致贫重病患者家庭财产相关规定。			
调查核实情况	经调查核实，申请人家庭收入、家庭财产和生活状况 <input type="checkbox"/> 符合/ <input type="checkbox"/> 不符合因病致贫重病患者条件。  调查核实人员（至少两人）签字：  <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			
公示情况	有异议 <input type="checkbox"/> 无异议 <input type="checkbox"/>	异议核实情况		
镇 (街道) 审核 意见	经调查、审核、公示无异议，同意将_____镇（街道）_____村（社区）_____认定为因病致贫重病患者。  <div style="text-align: right;">镇（街道）盖章 年 月 日</div>			
	经办人		负责人	
开户人		开户银行		银行卡账号

### 填表说明:

- 1.婚姻状况填写以下分类: (1)未婚; (2)已婚; (3)丧偶; (4)离婚。
- 2.健康状况填写以下分类: (1)健康或良好; (2)一般或较弱; (3)重病。
- 3.劳动能力填写以下分类: (1)有劳动能力; (2)部分丧失劳动能力; (3)完全丧失劳动能力; (4)无劳动能力。
- 4.学业状况填写以下分类: (1)在读; (2)毕业; (3)肄业; (4)结业; (5)休学。
- 5.目前就读学校: 仅在读的需填写此项。
- 6.就业状况填写以下分类: (1)在职人员; (2)登记失业人员; (3)无就业人员(原未登记失业人员); (4)灵活就业人员; (5)离退休人员; (6)务农人员; (7)务工人员; (8)在读人员; (9)非法定年龄就业状况。
- 7.工作单位: 在职人员、离退休人员、务工人员需填写此项。
- 8.文化程度填写以下分类: (1)文盲或半文盲; (2)博士研究生; (3)硕士研究生; (4)大学本科; (5)大学专科或专科学校; (6)中等专业学校或中等技术学校; (7)技工学校; (8)高中; (9)初中; (10)小学; (11)幼儿园; (12)学龄前; (13)特殊教育。
- 9.病种填写以下分类: (1)血液类重病; (2)肿瘤类重病; (3)肝类重病; (4)免疫类重病; (5)传染类重病; (6)心脑血管类重病; (7)心脏类重病; (8)肾病类重病; (9)器官移植类重病; (10)内分泌类重病; (11)神经类重病; (12)其他重病。
- 10.近亲属包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。
- 11.与申请人的关系: (1)配偶; (2)子/婿; (3)女/媳; (4)孙子女/外孙子女; (5)父母/岳父母/公婆; (6)祖父母/外祖父母; (7)兄弟姐妹; (8)其他。
- 12.有价证券: 包括股票、债券及基金证券、可转换证券等衍生品种。
- 13.房屋性质填写以下分类: (1)自有私房; (2)租用公房; (3)租用私房; (4)临时搭建房; (5)借住房。
- 14.房屋来源: (1)自购房; (2)自建房; (3)回迁房; (4)承租公房。
- 15.该表格样式供参考, 各县(市、区)可结合当地实际情况调整完善。

附件 2

## 申请因病致贫重病患者医疗费用 医保支付情况表（样表）

单位：元

申请人姓名			联系方式		
身份证号码			核算起止 时 间	____年____月-____年____月	
现居住地					
参保情况	1. 在我省参加基本医疗保险情况： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 参保地：_____省_____市_____县（市、区） 3. 参加保险类别： <input type="checkbox"/> 城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 城镇职工基本医疗保险				
户籍地 经办机构					
代理人姓名		与申请人 关系		代理人 联系电话	
结算时间	医疗总费用	基本医保报销 金额	大病保险（含 职工大额医疗 补助）报销金额	政策范围内个 人负担费用	备注
年 月 日					
...					
合计					

经办人（签字）：

县级医保部门核实人（签字）：

分管负责人（签字）：

联系电话：

县级医保部门（章）

年 月 日

### 附件 3

## 因病致贫重病患者审核公示（样表）

经申请、审核，拟认定\_\_\_\_\_村（社区）下列人员为因病致贫重病患者，现予公示（公示期为 7 天），接受社会监督。如有异议，请提供事实依据，向镇（街道）反映。

公示时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

镇（街道）举报电话：\_\_\_\_\_

镇（街道）盖章

年 月 日

序号	家庭所在村（社区）	拟认定人姓名	备注

附件 4

## 因病致贫重病患者确认通知书（样表）

（\_\_\_\_\_年第\_\_\_\_\_号）

\_\_\_\_\_镇（街道）\_\_\_\_\_村（社区）\_\_\_\_\_先生/女士：

经您或您家庭成员\_\_\_\_\_申请，根据《潍坊市因病致贫重病患者认定实施细则（试行）》等规定，镇（街道）对您家庭的人口、收入、财产、实际生活等状况及资料进行了调查和审核。经审核、公示无异议，现正式告知您已被确认为我镇（街道）因病致贫重病患者。

特此通知。

镇（街道）联系电话：\_\_\_\_\_

镇（街道）盖章

年 月 日

申请人已签收本通知书。

送达人：\_\_\_\_\_

见证人：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

申请人未当面签收本通知书，但送达人已口头告知。

送达人：\_\_\_\_\_

见证人：\_\_\_\_\_

无法签收事由：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

**备注:**

1.该表格由镇（街道）经办工作人员填写。

2.申请人无法接收本通知书的，送达人应当写明无法签收事由，送达人应不少于两人。

3.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，把本通知书留在申请人的住所，采用拍照、录像等方式记录送达过程并存档影像资料，即视为送达。

4.本通知书一式两份，一份送达申请人、一份由镇（街道）存档。

附件 5

## 不予批准因病致贫重病患者告知书（样表）

（\_\_\_\_\_年第\_\_\_\_\_号）

\_\_\_\_\_镇（街道）\_\_\_\_\_村（社区）\_\_\_\_\_先生/女士：

您于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日提交因病致贫重病患者认定申请，经调查审核，根据《潍坊市因病致贫重病患者认定实施细则（试行）》等文件规定，您因

提出申请之月前 12 个月内，政策范围内个人负担费用未超过本县（市、区）上年度城镇/农村居民人均可支配收入（城镇/农村居民上年度人均可支配收入为\_\_\_\_\_元/年）。

家庭收入扣除政策范围内个人负担费用之后，共同生活的家庭成员月人均收入为\_\_\_\_\_元/月，超过本县（市、区）低保月标准的 2 倍（城市/农村低保标准为\_\_\_\_\_元/月），或虽然低于本县（市、区）低保标准的 2 倍但超过当地月最低工资标准（标准为\_\_\_\_\_元/月）。

家庭财产状况或实际生活状况不符合因病致贫重病患者认定有关规定，具体表现为：\_\_\_\_\_。

不予批准，特此告知。

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。

镇（街道）联系电话：\_\_\_\_\_

镇（街道）盖章

年 月 日

申请人已签收本告知书。

送达人：\_\_\_\_\_

见证人：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

申请人拒绝或未当面签收本告知书，但送达人已口头告知。

送达人：\_\_\_\_\_

见证人：\_\_\_\_\_

无法签收或拒收事由：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

### 备注：

1. 该表格由镇（街道）经办工作人员填写。

2. 申请人无法接收或拒绝签收告知书的，送达人应当写明具体事由，送达人应不少于两人。

3. 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，采用拍照、录像等方式记录送达过程并存档影像资料，即视为送达。

4. 本告知书一式两份，一份送达申请人、一份由镇（街道）存档。



