附件3

古丈县医疗救助对象家庭经济状况核对授权书

本人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 家庭地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

因家庭经济困难，医疗费用过高申请医疗救助。本人及共同生活的家庭成员授权、委托医疗救助审核、审批机关及其指定的收入核对机构对本人及家庭成员(即法定赡、抚、扶养关系成员)的收入和家庭财产状况相关信息进行核对。包括但不限于入户调查和到医疗保障、公安、人力资源和社会保障、住房和城乡建设、交通、市场监管、税务、自然资源、住房公积金中心、银行、保险等部门、机构进行核查和信息比对。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 授权人姓名 | 身份证号码 | 签名(手印) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

授权时间： 年 月 日

注：授权人必须具有民事行为能力，无民事行为能力由监护人代为行使。