重大疾病救助对象审核公示表

你村（居） 家庭申请市红十字会的医疗救助，现将有关审核情况予以公示，接收社会监督。如有异议，请提供事实依据和有效证明材料，可直接向镇（街道办）反映。

公示时间： 年 月 日至 年 月 日（公示期为5天）

乡镇政府（街道办）举报电话：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 拟救助  对象姓名 | 年龄 | 家庭  人口 | 家庭所在  村（居） | 家庭月总收入  （元、月） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：本表由镇政府（街道办）在申请人所在村（居）委会设置在公开栏公示。