

附件 2

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，向乡镇（街道）反映。

公示时间：_____年____月____日至_____年____月____日

乡镇（街道）举报电话：_____

盖章

年 月 日

序号	家庭所在村（社区）	拟认定人姓名	备注