

附件 3

因病致贫重病患者确认通知书（样表）

（_____年第_____号）

_____乡镇（街道）_____村（社区）_____先生/女士：

经您或您家庭成员_____申请，根据《山东省因病致贫重病患者认定办法（试行）》等规定，乡镇人民政府（街道办事处）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乡镇（街道）因病致贫重病患者。

特此通知。

乡镇（街道）联系电话：_____

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. 该表格由乡镇（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，并采用拍照、录像等方式记录送达过程，即视为送达。
4. 本通知书一式两份，一份送达申请人、一份由乡镇(街道)存档。