因病致贫重病患者认定确认通知书

（　　　　年第　　号）

　　　　乡（镇）：

　　依据《山西省因病致贫重病患者认定办法（试行）》相关规定，经审核，你乡（镇）于 年 月 日提交的 等 名因病致贫重病患者认定申请符合政策规定，可以认定为因病致贫重病患者，请按规定告知申请人或其委托代理人。

 县民政局（盖章）

 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **所在村（社区）** | **备注** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |