附件1

吴川市医疗保障局政府信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 请 人 信 息 | 公民 | 姓 名 |  | 工作单位 |  |
| 身份证号码 |  | 邮政编码 |  |
| 通信地址 |  |
| 联系电话 |  | 手机号码 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 法人或者其他组织 | 单位名称 |  | 组织代码 |  |
| 营业执照 |  |
| 法人代表 |  | 联系人 |  |
| 联系人电话 |  | 联系人电子邮 箱 |  |
| 所 需 政 府 信 息 情 况 | 所需的政府信息 | 文件名称 |  | 文号 |  |
| 或者其他特征性描述: |
| 提供政府信息的指定方式(单选) | □纸质 □电子邮件 |
| 获取政府信息的途径(单选) | □邮寄 □网上获取 □自行领取 □当场查阅、抄录 |
| 申请人签名或盖章 |  | 申请时间 | 年 月 日 |
| 备注 | 1、公民提交申请时必须提交身份证复印件，否则不予受理。2、法人或者其他组织提交申请时必须提交组织机构代码证复印件，否则不予受理。 |

附件 2

吴川市医疗保障局信息公开申请处理流程图

申请人提出申请

申请人填写

《吴川市医疗保障局政府信息公开申请表》

特殊情况

受理机关当场不能答复20 个工作日内答复

受理机关当场答复

受理机关登记(含网上登记),验证申请人身份,并出具《登记回执》

经批准延长 20 个工作日内答复，受理机关出具《延期答复告知书》

|  |  |
| --- | --- |
| 特殊情况 | 书面征求第三方意见 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 申容确 | 请 内不 明 |  | 信息 不存在 |  | 属于 主动公 开范围 |  | 属于 公开范围 |  | 属于 部分公 开范围 |  | 属于 不予公 开范围 |  | 不属 于受理 机关掌 握范围 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 受理机关  |  | 受理 机 |  | 受理 机 |  | 受理 机 |  | 受理 机 |  | 受理 机 |  | 受理 机 |
|  | 出具《补正 |  | 关出 具 |  | 关出 具 |  | 关出 具 |  | 关出 具 |  | 关出 具 |  | 关出 具 |
|  | 申请通知  |  | 《政 府 |  | 《政 府 |  | 《政 府 |  | 《政 府 |  | 《政 府 |  | 《非 本 |
|  | 书》 |  |  | 信息 不 |  | 信息 公 |  | 信息 公 |  | 信息 部 |  | 信息 不 |  | 机关 政 |
|  |  |  |  |  | 存在 告 |  | 开告 知 |  | 开告 知 |  | 分公 开 |  | 予公 开 |  | 府信 息 |
|  |  |  |  |  | 知书》 |  | 书》 |  | 书》 |  | 告知书》 |  | 告知书》 |  | 告知书》 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 能够确定的 |

申请人办理缴费等申请手续（只限于申请人申请公开政府信息的数量、频次明显超过合理范围的情形下视情适用）

受理机关告知申请人信息掌握机关的联系方式

受理机关在规定时间内提供

受理机关当场提供

受理机关出具《政府信息提供日期通知书》

申请人签收