证明事项告知承诺书（参考样式）

（医疗救助金）

一、基本信息

（一）申请人

姓名/名称： 联系方式：

证件类型：□身份证□军官证□残疾人证□营业执照□其他

证件号码：

（二）行政机关

名称： 青塘镇人民政府 联系方式：0763-2721722

二、行政机关告知内容

（一）证明事项名称和证明内容

下列证明事项实行告知承诺制，申请人可以自主选择是否采用告知承诺制方式办理。不愿承诺或者无法承诺的，应当提交法律法规或者国务院决定要求的证明：

1. 疾病论断书、发票
2. 医保结算单或医保报销回执
3. 在校证明（高中及以上）
4. 结婚证、离婚证

5、房产证明

（二）证明用途

办理：医疗救助金

（三）法律法规设定依据

1、关于进一步统一全市医疗救助有关业务流程的通知（清医保待函〔2020〕44号）

（四）承诺的效力

申请人书面承诺符合告知的条件、要求，并愿意承担不实承诺的法律责任。申请人作出承诺后，行政机关不再索要有关证明，依据申请人的承诺办理相关事项。

（五）行政机关核查权力

对于申请人选择采用告知承诺制方式办理的证明事项，行政机关有权根据实际情况，采用书面核查、网络核验、实地调查、公示核查等方式，对申请人是否符合承诺的情况进行核查。

（六）不实承诺的责任

窗体顶端

对执意隐瞒真实情况、提供虚假承诺办理有关事项的，依法依规处理。

窗体底端

三、申请人承诺

申请人现作出下列承诺:

（一）本人（本企业/本组织）已经知晓行政机关告知的全部内容；

（二）本人（本企业/本组织）符合行政机关告知的条件、要求，并选择对以下证明事项采用告知承诺制办理：

1、疾病论断书、发票

2、医保结算单或医保报销回执

3 在校证明（高中及以上）

1. 结婚证、离婚证
2. 房产证明

（三）本人（本企业/本组织）愿意承担不实承诺的法律责任；

（四）本人（本企业/本组织）填写的告知承诺内容信息真实、准确；

（五）上述承诺是本人（本企业/本组织）真实的意思表示。

申请人： （签名/盖章） 行政机关（公章）：

日 期： 日 期：

（本文书一式两份,行政机关与申请人各执一份）