证明事项告知承诺书（参考样式）

（重大疾病关爱基金）

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

（二）证明用途

办理：重大疾病关爱基金

（三）法律法规设定依据

1、英德市人民政府关于印发英德市重大疾病关爱基金管理暂行办法的通知（英府﹝2020﹞98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）

4、结婚证、离婚证

（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）