**济南市钢城区医疗保障局信息公开申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人信息** | **公民** | **姓名** |  | **工作单位** |  |
| **证件名称** |  | **证件号码** |  |
| **通信地址** |  |
| **联系电话** |  | **邮政编码** |  |
| **电子邮箱** |  |
| **法人或者其他组织** | **名 称** |  | **组织机构代码** |  |
| **营业执照** |  |
| **法人代表** |  | **联系人** |  |
| **联系人电话** |  |
| **联系人邮箱** |  |
| **申请人签名或者盖章** |  |
| **申请时间** |  |
| **所需信息情况** | **所需信息内容描述** |  |
| **选 填 部 分** |
| **所需信息的信息索引号** |  |
| **所需信息的用途** |  |
| **是否申请减免费用** | **信息的指定提供方式** | **获取信息方式** |
| **□ 申请。****请提供相关证明****□ 不****(仅限公民申请)** | **□ 纸面****□ 电子邮件****□ 光盘****□ 磁盘****（可多选）** | **□ 邮寄****□ 快递****□ 电子邮件****□ 传真****□ 自行领取/当场阅读、抄录****（可多选）** |
| **□ 若本机关无法按照指定方式提供所需信息，也可接受其他方式** |