表1：

鄂尔多斯市医疗保障局信息公开申请表

（公民）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | |  | | | | |
| 申请人身份证号码 | |  | | | | |
| 代理人姓名 | |  | | | | |
| 代理人身份证号码 | |  | | | | |
| 联系方式 | | □联系人： | | | | □联系电话： |
| □电子邮箱： | | | | □邮政编码： |
| □通信地址： | | | | |
| 提出申请的方式 | | □当面 □邮寄 □网页申请 | | | | |
| 受理机关名称 | | |  | | | |
| 所需的政府信息  （政府信息的名称、文号或者便于行政机关查询的其他特征性描述） | | |  | | | |
| 获取方式（单选） | | | □当面领取 □邮寄 | | | |
| 政府信息的载体形式（单选） | | | □纸质文本 □其他 | | | |
| 申请人签名（盖章） |  | | | 申请时间 | 年 月 日 | |

使用指南：本文本适用于公民依据《中华人民共和国政府信息公开条例》（国务院令第711号）第二十七条、第二十九条的规定向行政机关提出的申请行为。