东阳市医保局政府信息公开申请表

**公民版**

年第 号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 姓 名 |  | 工作单位 |  |
| 证件名称 |  | 证件号码 |  |
| 联系电话 |  | | |
| 联系地址 |  | | |
| 邮政编码 |  | 传 真 |  |
| 电子邮箱 |  | | |
| 信息内容描述 | |  | | |
| 信息用途 | |  | | |
| 信息的提供介质（可选）  □ 纸质 □ 光盘 □ 电子邮件 | | | 信息的获取方式（可选）  □ 邮寄 □ 快递 □ 电子邮件 □ 传真 □ 自行领取 | |
| 申请人签章：  年 月 日 | | | | |
| 经审查，本机关受理你单位的申请，并将以如下形式答复：   * 当场予以答复； * 于 年 月 日前以你选定的方式作出答复。申请受理专用章   年 月 日 | | | | |

联系人： 联系电话：

注：本申请表一式两份，复印件为受理回执。

东阳市医保局政府信息公开申请表

年第 号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位信息  **单位版** | 名 称 |  | 机构代码 |  |
| 法人代表 |  | 联 系 人 |  |
| 联系电话 |  | | |
| 联系地址 |  | | |
| 邮政编码 |  | 传 真 |  |
| 电子邮箱 |  | | |
| 信息内容描述 | |  | | |
| 信息用途 | |  | | |
| 信息的提供介质（可选）  □ 纸质 □ 光盘 □ 电子邮件 | | | 信息的获取方式（可选）  □ 邮寄 □ 快递 □ 电子邮件 □ 传真 □ 自行领取 | |
| 申请人签章：  年 月 日 | | | | |
| 经审查，本机关受理你单位的申请，并将以如下形式答复：   * 当场予以答复； * 于 年 月 日前以你单位选定的方式作出答复。申请受理专用章   年 月 日 | | | | |

联系人： 联系电话：

注：本申请表一式两份，复印件为受理回执。

**补正申请通知书**

年第 号

：

本机关于 年 月 日受理了你（单位）提出的政府信息公开申请，具体见《受理回执》 年第 号。

经查，你（单位）申请获取的信息内容不明确，本机关难以根据此申请确定具体的政府信息。请你（单位）更改、补充所需信息的内容描述后再行申请。

特此通知。

申请受理专用章

年 月 日

联系人： 联系电话：

**政府信息公开告知书**

年第 号

：

本机关于 年 月 日受理了你（单位）提出的政府信息公开申请，具体见《受理回执》 年第 号。

经查，你（单位）申请获取的信息属于公开范围。根据《中华人民共和国政府信息公开条例》规定，本机关将在 年 月 日起提供你所申请的信息，届时请：

* 到以下地点 获取；
* 注意查收邮件。

根据《中华人民共和国政府信息公开条例》规定，本机关将向你（单位）收取实际发生的检索/复制/邮寄等成本费用。请在收到本告知书后，在 年 月 日前到上述地点办理缴费手续或将费用汇至以下账户： 。

特此告知。

申请受理专用章

年 月 日

联系人： 联系电话：

**非本机关政府信息告知书**

年第 号

：

本机关于 年 月 日受理了你（单位）提出的政府信息公开申请，具体见《受理回执》 年第 号。

经查，你（单位）申请获取的信息不属于本机关的掌握范围，建议向 机关咨询，联系方式为 。

特此告知。

申请受理专用章

年 月 日

联系人： 联系电话：

**政府信息不予公开告知书**

（ ）第 号-不告

：

本机关于 年 月 日受理了你（单位）提出的政府信息公开申请，具体见《受理回执》 年第 号。

经查，你（单位）申请获取的政府信息属于：

□ 涉及国家秘密的政府信息；

□ 涉及商业秘密的政府信息；

* 涉及个人隐私的政府信息；
* 公开后将危及国家安全、公共安全、经济安全和社会稳定的政府信息；
* 法律、法规规定免予公开的其他情形。

根据《中华人民共和国政府信息公开条例》规定，对于你（单位）申请获取的信息，本机关不予公开。

特此告知。

申请受理专用章

年 月 日

联系人： 联系电话：