附件

建议办理答复征求意见表

2020年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 建议编号 | 239 | 领衔代表 | 何爱宁 | 承办单位 | 自治区医保局 |
| 建议标题 | 关于请求降低城乡居民基本医疗保险参保基数提高报销比例的建议 | | | | |
| 承办单位  与代表沟  通情况 | A、电话 B、信函 C、上门走访 D、座谈 E未沟通 | | | | |
| 对办理态度是否满意 | A、满意 B、基本满意 C、不满意 | | | | |
| 对办理结果是否满意 | A、满意 B、基本满意 C、不满意 | | | | |
| 对承办单位改进办理和答复工作的建议 |  | | | | |
| 对自治区人大常委会改进代表建议督办工作的建议 |  | | | | |

代表签名： 代表证号：

注：请代表本人填写并签名，于2020年9月20日前将此表寄送或传真至自治区人大常委会选举联络工作委员会联络处，或直接登录广西人大代表履职网络平台（http://dblz.gxrd.gov.cn）或履职APP，在对应建议板块填写测评表。联络处联系电话（兼传真）：0771—2858084电子信箱：gxrdLLch@163.com 。 邮政编码：530022