附件

自治区政协十二届四次会议提案

办理情况征询意见表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 承办单位填写 | 提案号 | | 20210252 | | | | 承办单位 | | | | 自治区医保局 | | | | |
| 关于提高和统一重度残疾人参加基本医疗保险个人缴费补助标准的建议 | | | | | | | | | | | | | | |
| 提  案  者  填  写 | 请在下面选项中打“√”表示 | | | | | | | | | | | | | | |
| 答复前听取意见方式 | | | 走访 |  | 电话 | |  | | 其他 | | |  | 未联系 |  |
| 答复是否针对提案建议 | | | 针对 |  | 基本针对 | |  | | 未针对 | | |  |  | |
| 是否满意办理态度 | | | 满意 |  | 基本满意 | |  | | 不满意 | | |  |  | |
| 是否满意办理结果 | | | 满意 |  | 基本满意 | |  | | 不满意 | | |  |  | |
| 对提案办理的意见建议（不够书写可另附页） | | | | | | | | | | | | | | |
| 提案者  签名 | 年 月 日 | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | |

说明：此表由承办单位填写好提案号、提案题目后，随办理答复件寄送提案者（委员联名提案寄第一提案者）。提案者收到此表后，请务必填写分别寄送或传真至承办单位和自治区政协提案委员。传真：0771- 4952103 4952045