附件1

临沧市医疗保障局政府信息依申请公开

工作流程图

申请人提出申请，填写政府信息公开申请表

信息公开工作机构接收申请，按规定组织审核，确认收到申请日期，完成信息登记

申请材料内容不明确或不符规定要求

符合受理条件，按程序办理

自行办理

会商办理

出具政府信息公开申请补正告知书

协同办理

征求第三方意见的，出具征求第三方意见告知书（根据实际出具政府信息公开意见告知书）

按期补正

未予补正

自动放弃

20个工作日能够答复

20个工作日未能答复

出具延期答复告知书

出具政府信息公开申请答复书，包括处理决定（已主动公开、予以公开、部分公开、不予公开、无法提供、不予受理等）和法律依据（所采用法律依据及条款与处理决定一致）

按规定向申请人送达答复书（政府信息）

案卷归档，完善案例库数据信息，定期汇总统计数据

附件2

临沧市医疗保障局政府信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受理机关名称 | | |  | | | | |
| 申 请 人 信 息 | 公民 | 姓 名 |  | | 工作单位 |  | |
| 身份证号码 |  | | 电子邮箱 |  | |
| 联系电话 |  | | 邮政编码 |  | |
| 通信地址 |  | | | | |
| 法人或者其他组织 | 名 称 |  | | 组织机构代码 |  | |
| 法定代表人 |  | | 电子邮箱 |  | |
| 联系电话 |  | | 邮政编码 |  | |
| 通信地址 |  | | | | |
| 机构类型 | □商业企业 □科研机构 □社会公益组织  □法律服务机构 □其他 | | | | |
| 申请人签名或者盖章 | |  | | | | |
| 申请时间 | |  | | | | |
| 代理人信息 | 姓 名 | |  | 工作单位 | | |  |
| 身份证号码 | |  | 电子邮箱 | | |  |
| 联系电话 | |  | 邮政编码 | | |  |
| 通信地址 | |  | | | | |
| 所需 政 府 信 息情况 | 所需政府信息的内容描述  （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） | |  | | | | |
| 所需政府信息的指定提供载体形式 | | □纸质 □电子邮件 □光盘  □若无法按照指定方式提供所需信息，也可以接受其他方式 | | | | |
| 获取政府信息的方式 | | □邮寄 □传真 □电子邮件 □自行领取  □当场查阅、抄录 | | | | |
| 本人（单位）承诺所获取的政府信息，未经公开单位许可，不得随意扩大公开范围。 | | | | | | | |

受理号： 受理人：