连州市防返贫保险服务合作机构申请表

申请机构：（盖章） 申请时间：2022年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | |
| 机构地址 |  | | |
| 法人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 机构注册时间 |  | | |
| 参选保险保费标准 |  | | |
| 参选保险保障范围 |  | | |