丰顺县城乡居民重特大疾病医疗救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 出生年月 | 年 月 日 |
| 户籍地址 |  | 邮政编码 |  | 家庭人口 |  |
| 居住地址 |  | 身份证号码 |  |
| 单位及地址 |  | 联系电话 |  | 户主姓名 |  |
| 家庭月总收入（元） |  | 是否低保对象 | 是 | 否 | 低保证号码 |  |
| 患重大疾病情况（包括申请人患重大疾病情况，医院诊断病种、治疗情况和建议）：签名：年 月 日 |
| 预计（实际支出）医疗费用（元） |  | 本年度第几次申请 |  |
| 申请年月 | 疾病种类 | 申请救助金额（元） | 批准救助金额（元） | 结算资助金额（元） | 经办人 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 资助金用途 | 门诊特定项目 | 元 | 住院 | 元 |
| 代理人情况 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 与申请人关系 |  | 单位 |  |
| 单位地址 |  | 邮政编码 |  | 联系电话 |  |
|  申请人（或代理人）签名： 年 月 日 |
| 镇（场）审核意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 县医疗保障局审批意见 |  （盖章） 年 月 日 |

 镇（场 ） 编号：

注：此表一式二份，县医保局、镇（场）各一份存档。