|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 霍山县城乡医疗救助申报表 | | | | | | | | |
| 患者姓名 |  | 年龄 |  | 性别 |  | 联系电话 |  | |
| 身份证号码 |  | | 家庭住址 |  | | | | |
| 户主姓名 |  | | 家庭人口数 |  | 户籍类别 | 1.农户（ ） 2.非农（ ） | | |
| 申请人类别 | 1.贫困人口（ ） 2.特困供养人员（ ） 3.低保对象（ ） 4.低收入医疗救助对象（ ） 5.因病致贫家庭重病患者（ ）6.其他特殊困难人员（ ） | | | | | 患 者 与 户主关系 |  | |
| 一卡通账号 或银行账号 |  | | | 开户人 姓 名 |  | 开户银行名 称 |  | |
| 所患疾病 |  | | | 确诊医院 |  | | 确诊  时间 |  |
| 申 请 的 救助类型 | 1.住院医药费用救助（ ） 2.慢性病门诊医药费用救助（ ） 3.大额普通门诊医药费用救助（ ） 4.未参加基本医疗保险的医药费用救助（ ） | | | | | 申请人 签 名 |  | |
| 申请救助 时 间 |  | |
| 入户调查 基本情况 | 家庭共同生活共享开支人数 |  | | 家 庭 年收入 | 万元 | 家 庭 年支出 | 万元 | |
| 本年已发生 医药费用 |  | | 调查人 |  | 调查时间 | 年 月 日 | |
| 居（村）民委员会公示结果 | 年 月 日（盖章） | | | | | | | |
| 乡镇（园区）审核意见 | 年 月 日（盖章） | | | | | | | |
| 县级医疗保障部门审批意见 | 经复审研究，同意给予医药费用救助 元。    年 月 日（盖章） | | | | | | | |
| 备注 | 1. 申请人类别、户籍类别、申请的救助类型请在相应（ ）内划“√”。   2.附件必备材料： （1）医药费用发票或结算单 （2）出院小结或门诊病历复印件 （3）患者身份证、户口本、涉农资金折复印件 （4）五保证、城乡低保证复印件 3.注意事项：电话号码、银行账号务必准确填写 | | | | | | | |