**河源市源城区城乡困难群众医疗救助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | 患病情况 |  |
| 家庭成员基本情况 | 姓名 | 与申请人关系 | 出生年月 | 身体状况 | 职业 | 月收入 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 医疗机构名称 |  | 住院起止日期 |  |
| 参加医保情况 | 城镇居民（职工）医疗保险 囗 农村居民医疗保险囗 无 囗 |
| 医疗费用单据张数 |  | 医疗费用总金额（元） |  | 接受社会医疗捐助及其他政策减免费用 |  |
| 城乡居民医疗保险部门审核意见 | 参保对象审核情况 | 医疗费单据张数 |  | 符合医保规定的医药费总额 | 元 |
| 享受医保报销金额 | 元 | 其中 | 基本医疗 | 元 |
| 大病医疗 | 元 |
| 合规的自负费用总额 | 元 |
| 未参保对象审核情况 | 医疗费单据张数 |   |
| 符合医保诊疗规定的医药费总额 | 元 |
| 审核人： 单位（盖章） 年 月 日 |
| 村（居）委会调查公示情况 | 调查人： 单位（盖章） 年 月 日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 镇、街审核意见 | 救助类别 | 特困人员囗 孤儿囗 低保对象囗 事实无人抚养儿童囗 扶贫户囗低收入救助对象囗 支出型贫困医疗救助对象囗 其他囗  |
| 救助次数 | 第一次金额 | 第二次金额 | 第三次金额 | 第四次金额 | 年度累计 |
|  |  |  |  |  |
| 根据《源城区困难群众医疗救助实施细则》规定，本次拟救助金额以下：人民币 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分（￥ 元） ————————————————————————————————经办人： 审核人： 单位（盖章） 年 月 日 |
| 区民政局审批意见 | 审核人： 审批人： 单位（盖章） 年 月 日 |

**申请人须提供如下材料：**

1.患者及代理人（申请人）户口簿、居民身份证复印件各一份；

2.《城乡居民最低生活保障证》、《广东农村五保供养证书》复印件一份，或扶贫部门出具有效证明材料一份；

3.疾病诊断证明书（出院证明）、转诊证明、转院通知、社保报销明细清单、医疗费用发票复印件各一份；

4.享受政府其他医疗救助和社会互助帮困情况证明一份；

5.村（居）委会公示相片

6.银行卡（折）复印件一份；

7.其他应予提供的证明材料一份；

8.本申请表一式叁份。民政局、财政局各一份，镇、街道社事办一份加所需附件材料存档。