附件1

古丈县医疗救助申请审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  姓 名 |  | 性别 | |  | | | | 身份证号码 | | |  | |
| 联系电话 |  | 家庭住址 | |  | | | | | | | | |
| 诊断病种 |  | | | | | | | | | | | |
| 救助类别 | 门诊救助()、住院救助() | | | | | 账户名 | | |  | | | |
| 开户银行 | | |  | | | |
| 银行账号 | | |  | | | |
| 申请救助对象类别 | □特困供养人员 □孤儿 □事实无人抚养儿童 □最低生活保障对象 □重度残疾人  □最低生活保障边缘家庭成员 □防止返贫监测对象 □因病致贫重病患者 | | | | | | | | | | | |
| 是否为退役军人和其他优抚对象 |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭收入 | 申请人家庭人口数 人，申请之前12个月的家庭可支配总收入 元，人均可支配收入 元，除基本住房、基本生活必需品之外的家庭财产合计折价 元 。 | | | | | | | | | | | |
| 申请原因 | 申请人签名： | | | | | | | | | | | |
| 镇审核意见 | 年 月 日接收申请资料。通过对其家庭进行经济状况核对，该对象符合第三类救助对象条件。  经办人签名: 负责人签名：    年 月 日 (盖章) | | | | | | | | | | | |
| 民政部门(退役军人事务管理部门)意见 |  | | | | | | | | | | | |
| 经办机构  意见 |  | | | | | | | | | | | |
| 医疗费用情况 | 医疗总费用(元) | | 政策范围内费用(元) | | 基本医疗报销(元) | | 大病报销(大病互助)(元) | | | 政策支付范围内个人自负费用(元) | | 医疗救助金额(元) |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  |

备注：

1. 本表为没有进行“一站式”结算的一、二类救助对象和三类医疗救助对象。已明确为一类或二类医疗救助对象身份的，申请医疗救助不需经镇签署意见。单位职工不需签署意见，由所在单位提供相关证明材料。

2.医疗费用结算单据、身份证复印件、户口簿复印件、委托书和民政、乡村振兴部门认定证明材料，儿童需提供监护人关系证明(户口本或出生证明)、银行账户复印件。