**2017年市本级困难家庭慈善医疗救助申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 家庭地址 |  | 家庭困难类型 |  |
| 联系电话 |  | 何种疾病 |  |
| 医药费总额 |  | 自负金额 |  | 自费金额 |  |
| 家庭成员(含子女) | 关 系 | 出生年月 | 收入情况 | 备 注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  大病及困难情况（由本人填写） |    年 月 日 |
| 公示期： 月 日— 月 日。反映情况： 村（社区）慈善工作站负责人（签字）：镇（街道）慈善工作总站负责人（签字）： |
| 村（社区）慈善工作站意见：年 月 日  | 镇（街道）慈善分会意见：年 月 日 |
| 区慈善总会（分会）意见： 救助金额： 元。  年 月 日 |

注：①一式2份（市、区慈善总会各1份）。②附医疗诊断书及医药费收据或报销补偿凭证（社保提供的结算清单）。③家庭困难类型：低保户、低保边缘户、支出型贫困户并附证明。

**2017年市本级困难家庭慈善医疗救助汇总表**

填报单位：

填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 年龄 | 家庭人口 | 家 庭 住 址 | 身份证号码 | 困难类型 | 何种疾病 | 医疗费总额 | 自负金额 | 自费金额 | 救助金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：困难类型为低保、低保边缘、支出型贫困家庭。 嘉兴市慈善总会秘书处制