**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