

附件

医疗救助申请表

申请人基本情况	姓名		性别		年龄		身份证号码	
	家庭住址	__县(市)__乡(镇) __村委会(社区) __村小组					联系电话	
申请救助对象类别	<input type="checkbox"/> 特困人员 <input type="checkbox"/> 低保对象 <input type="checkbox"/> 返贫致贫人口 <input type="checkbox"/> 低保边缘对象 <input type="checkbox"/> 深度困难职工 <input type="checkbox"/> 纳入监测范围的农村易返贫致贫人口 <input type="checkbox"/> 因病致贫重病患者 <input type="checkbox"/> 相对困难职工 <input type="checkbox"/> 县级以上政府规定的其他特殊困难人员							
申请原因								
医疗总费用(元)		医保支付费用(基本+大病)		其他救助费用(包括互助医疗、商业保险、医疗救助、慈善救助等)		个人自付费用(医保目录自付部分)		
申请人授权	现授权_____到_____调查本人及家庭成员经济状况,请以上部门和机构予以配合并向被授权单位提供相关信息,以上部门和机构提供的本人及家庭成员经济状况,本人予以认可。 <div style="text-align: right;">授权人: _____ 日期: _____</div>							
村委会(社区)意见	_____ (盖章) _____年 ____月 ____日							
乡(镇)意见	_____ (盖章) _____年 ____月 ____日							
认定部门(民政、乡村振兴、工会)意见	_____ (盖章) _____年 ____月 ____日							
医保部门意见	_____ (盖章) _____年 ____月 ____日							

申请人: _____

_____年 ____月 ____日