

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。 授权人：_____ 日期：_____							
村委会（社区）意见	<div>(盖章)</div> <div>年 月 日</div>							
乡（镇）意见	<div>(盖章)</div> <div>年 月 日</div>							
认定部门（民政、乡村振兴、工会）意见	<div>(盖章)</div> <div>年 月 日</div>							
医保部门意见	<div>盖章)</div> <div>年 月 日</div>							

申请人：_____ 年 月 日