单亲家庭残障少年儿童监护人大病救助申请表

（ 年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 |  | | 民 族 |  | | 出生年月 |  |
| 身 份 证 号 |  | | | | | | 残疾人证号 |  | | | |
| 邮政编码 |  | | | | | | 家庭住址 |  | | | |
| 监护人姓名 |  | | 与患者关系 | |  | | 联系电话 |  | | | |
| 家庭经济  状况 | □ 城乡低保对象  □ 企业特困职工  □ 家庭经济困难 | | | | | | 医疗费用情况 | 个人自付费用： | | | |
| 享受医疗  保险情况 | □ 享受城乡居民基本医疗保险  □ 享受城镇职工医疗保险  □ 无医疗保险 | | | | | | 享受医疗  特殊待遇  情况 | □ 已享受特殊门诊待遇  □ 已进行家庭病床备案手续 | | | |
| 病情 | **1、属于以下14种重大疾病：**  □急性心肌梗塞 □脑中风（急性期） □慢性肾功能衰竭 □急性坏死性胰腺炎 □急性重症肝炎 □严重脑外伤 □危及生命的良性肿瘤  □血液病 □心力衰竭 □呼吸衰竭 □消化道出血（需要手术治疗）  □严重意外创伤 □需尽快手术以防止病情加重危及生命安全等严重后果 □经定点医院确诊需要紧急抢救的其他重大疾病  2、□城乡低保对象、企业特困职工患者12个月内住院治疗自付费用合计1万元以上  3、□12个月内住院、门诊治疗自付费用合计3万元以上 | | | | | | | | | | |
| 划入银行  账户信息 | 姓名 |  | | | | 与患者关系 | | |  | | |
| 开户行 |  | | | | 银行账号 | | |  | | |
| 本 人  申 请 | 以上情况属实，特申请医疗救助。    申请人：  年 月 日 | | | | | 村（居）委  或者  街道（镇）  残联组织  意见 | | | 情况属实，同意上报。  审核人：  公 章    年 月 日 | | |
| 区（县）残联  审核意见 | 情况属实，同意上报。  审核人：  公 章  年 月 日 | | | | | 市残联  审批意见 | | | 同意救助 元。  审批人：  公 章  年 月 日 | | |

注：此表一式二份，市残联存档。本救助为年度一次性救助，申请时需提供：1、本人身份证、残疾人证复印件；2、本人或监护人银行卡复印件（残疾人证无显示监护关系的，还需提供户口簿或其他能够证明监护关系的证件）；3、连续12个月内有效收费凭证、疾病诊断证明原件及能表明情况的阶段性住院病历复印件（特殊困难或生命垂危患者，住院期间可凭医院费用清单及疾病诊断证明原件申报）；4、低保证、特困职工证复印件或经济困难证明。