|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 茂县严重精神障碍患者救治救助申报审批表 | | | | | | | |
|  |  | |  |  | |  |  |
| **申请人姓名** |  | | **性别** |  | | **年龄** |  |
| **申请人身份证号** |  | | | | | | |
| **监护（社会监护）人姓名** |  | **监护（社会监护）人与申请人关系** | | |  | | |
| **监护（社会监护）人身份证号** |  | | | | | | |
| **家庭住址** |  | | | | | | |
| **就医医疗机构** |  | | | | | | |
| **患者医疗总费用（元）** |  | **通过各种医疗保险和民政补助已报销金额（元）** | | |  | **患者自身负担费用(元)** |  |
| **申请救助金额（元）** |  | | | | | | |
| **收款人姓名** |  | | | | | | |
| **开户银行及账号** |  | | | | | | |
| **户籍所在村（居）委会意见** | **（单位签章） 经办人： 年 月 日** | | | | | | |
| **镇人民政府意见或部门意见** | **（单位签章） 审核人： 年 月 日** | | | | | | |
| **县卫生健康局意见** | **（单位签章） 复核人： 年 月 日** | | | | | | |
| **备注：1.附患者身份证、户口簿、农村信用社卡复印件各3份。门诊、住院发票、出院证原件或复印件各3份。** | | | | | | | |
| **2.县外就诊的，还需提供：双向转诊手续，门诊患者需提供疾病证明书。** | | | | | | | |
| **3.此表一式三份，村（局）委会、镇人民政府和县卫生健康局各存一份。** | | | | | | | |