**附件：**

救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | |  | | 性 别 | |  | | 出生年月 |  |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | | |
| 证件号码 | | （附身份证复印件） | | | | | 家庭平均年收入 | |  |
| 紧急联系人/电话 | | |  | | | | 和申请人关系 | |  |
| 医保所属地 | | |  | | | | | | |
| 是否享受医保 是 □ 否 □ 是否全额报销 是□ 否□ | | | | | | | | | |
| 医保类型 | | | 城镇职工医疗保险 □ 城镇居民医疗保险 □  公费医疗保险 □ 农村合作医疗保险 □  其他 | | | | | | |
| 家庭成员情况 | 与申请人关系 | | 姓 名 | | 年 龄 | | 工作单位 | | |
|  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |
| 患者申请情况说明：（填写申请情况说明，所患病种、治疗情况等如是退役军人、低保户、五保户等请附相关凭证，如是困难群众请附相关凭证或居住地村委会或社区街道在此栏盖章） | | | | | | | | | |
| 作为申请者本人承诺以上所填内容均真实、准确、无任何虚假。否则愿意承担由此引起的一切法律责任。    申请人（监护人）签字  日期 | | | | | | | | | |
| 申请批复栏： | | | | | | | | | |