附件

WLYDR—2022—01003

张家界市武陵源区医疗救助申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 身份证号码 |  | |
| 家庭  住址 |  | | | | 村/社区/单位 |  | 联系  电话 |  |
| 申请救助对象类别 | □特困供养人员 □孤儿 □事实无人抚养儿童 □最低生活保障对象 □重度残疾人 □最低生活保障边缘家庭成员 □防止返贫监测对象 □三类救助对象 | | | | | | 是否为单位职工  □是 □否 | 申请救助方式 | □住院救助  □门诊救助  □再救助 |
| 是否为退役军人  □是 □否 |
| 申请救助原因 |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 申请人： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 村（社区）委会或单位初审  意见 | 经初审,该同志符合医疗救助申请条件。 | | | | 乡镇  （街道）审核  意见 | 经调查审核,该同志符合医疗救助申请条件。 | | | |
| 负责人签字： | | | | 经办人签字： 负责人签字： | | | |
| 年 月 日（公章） | | | | 年 月 日（公章） | | | |
| 医疗保障局初审 | 负责人签字：  年 月 日（公章） | | | | | | | | |
| 部门联合审批意见 | 经审核，该同志（是、否）符合医疗救助条件。该同志医疗救助报销 　　 元。  若不符合，原因为： | | | | | | | | |
| 部门联合审批人员签字： | | | | | | | | |
| **备注：※本表为第三类和再救助对象填写。单位职工不需经乡、街道签署意见。※申请救助需提供以下材料：1.身份证（户口簿）复印件；2.病历资料复印件（疾病诊断证明、出院记录、门诊病历等）；3.医疗费用发票原件（加盖医药机构公章）；4.医保（大病保险）结算单（加盖经办机构公章）等材料的复印件。申请人为退役军人的需提供退役军人身份相关证明。** | | | | | | | | | |