附件1：

　宁德市城乡医疗救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 身份证号码 |  | | | 联系电话 |  |
| 代办人姓名 |  | | 身份证号码 | | |  | |
| 与申请人关系 |  | | 代办人联系电话 | | |  | |
| 申请人家庭住址 |  | | | | | | |
| 参保类型 | □职工医保 □城乡居民医保（□城镇居民 □农村居民） □未参保 | | | | | | |
| 申请人开户银行 |  | | 银行账号 | |  | | |
| 救助对象类别 | □特困供养人员 、孤儿 □低保对象 □建档立卡贫困人口  □重点优抚对象（含革命“五老”人员） □计生特殊家庭成员  □重度残疾人 □低收入家庭的老年人、未成年人和重病患者  □因病致贫家庭重病患者 | | | | | | |
| 申请救助类型 | □一次性定额救助 | | | □重特大疾病救助 | | | |
| 乡镇（街道）政府调查审核意见 | 经入户调查，该家庭月人均收入为 元；申请人申报家庭成员及财产收入等情况属实，经公示无异议，建议予以列入救助对象。  入户调查人签字：  审核人签字：  （公章）  年 月 日 | | | | | | |
| 县级民政部门核对结果 | 详见福建省救助申请家庭经济状况核对报告 | | | | | | |
| 所在地医保经办机构审批意见 | 结合乡镇（街道）政府审核意见和民政部门核查结果，现予以发放  □一次性定额救助 □重特大疾病救助  审定医疗总费用： （元），给予救助： （元）。    经办人签字： 审核人签字： 审批人签字： | | | | | | |
| 备注：   1. 提交申请所需材料：当年度患病住院治疗的医疗费用发票（医院盖章）、医保结算单、大病保险结算单、医疗费用清单（医院盖章）、身份证复印件、本人（或监护人）银行账号等。2.一次性定额救助对象仅限第三类救助对象（低收入家庭的老年人、未成年人和重病患者）。3、第四类救助对象只能申请重特大疾病救助。 | | | | | | | |