**附表2**

贫困精神残疾人住院医疗救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | |  | | 性别 | | 男 □  女 □ | | | 民族 | | |  | |
| 出生年月 | | |  | 身份  证号 |  | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 家庭地址 | | |  | | | | | | | 邮政编码 | | |  | |
| 疾病诊断 | |  | | | | 诊断机构名称 | |  | | | | | | |
| 监护人  姓名 | |  | | | | 与患者  关系 | |  | | | | 电 话 | |  |
| 监护人家庭地址 | | | |  | | | | | | | | 邮 编 | |  |
| 家庭经济状况 | | | □ 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线  □ 当地政府有关部门认定的低收入或贫困家庭  □ 家庭经济困难 | | | | | | 户 口  类 别 | | 农业户口 □  非农业户口 □ | | | |
| 享受医疗保险情况 | 1.享受城镇职工基本医疗保险 □ 2.享受城乡居民基本医疗保险 □  3.享受医疗救助 □  4.享受其他医疗保险 □ 5.无医疗保险 □ | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 个人或  监护人  申 请 | 申请人：  年 月 日 |
| 居（村）委会  意见 | 审核人：  公 章  年 月 日 |
| 乡镇(街道)残联  意见 | 审核人：  公 章  年 月 日 |
| 县区残联审批意见 | 审核人：  公 章  年 月 日 |

**注：**1、本表由申请人填写，申请人为本人或其法定监护人。

2、申请人提出申请时需携带本人身份证或户口本及复印件、疾病诊断证明及复印件、城乡最低生活保障证明或其他贫困证明及复印件。

3、本表及有关证明复印件由县区残联存档。