**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。