**附表3**

 年 月 日 编号

贫困精神残疾人医疗救助住院通知单

 医院（精神卫生中心）：

经审核，患者 （身份证： ）为贫困精神残疾人住院医疗救助项目对象，请按照有关规定，予以接受住院治疗。

此通知单有效期为20 年 月 日至20 年 月 日。

———————————————————————————

 残 联 公 章

 年 月 日 编号

贫困精神残疾人医疗救助住院通知单

 医院（精神卫生中心）：

经审核，患者 （身份证： ）为贫困精神残疾人住院医疗救助项目对象，请按照有关规定，予以接受住院治疗。

此通知单有效期为20 年 月 日至20 年 月 日。