金寨县困难精神病人住院康复救助申请审批表

　　编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |   | 性别 |   | 民族 |   | 一寸免冠照片 |
| 出生年月 |   | 残疾证号 |   |
| 疾病诊断 |   | 诊断医院名称 |   |
| 监护人姓　名 |   | 与患者关系 |   | 电话 |   |
| 家庭住址 |   |
| 户属性 |   | 户口类别 |   |
| 享有医疗保险情况 |    |
| 本　人或监护人申　请 |   　　　　　　　　　申请人：　　　　　　　　　　年　月　日 |
| 村、（居）委会核实意　见 |   　　　　　　　　　审核人：　　　　　　　　　　年　月　日 |
| 乡镇街残　联审　核意　见 |   　　　　　　　　　审核人：　　　　　　　　公章：　　　　　　　　　　年　月　日 |
| 县残联审　批意　见 |   　　　　　　　　　审核人：　　　　　　　　公章：　　　　　　　　　　年　月　日 |