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 | | | | | | | | | | |