

附件

子洲县重特大疾病救助申请表

编号：

姓名		性别		民族		年龄	
身份证号						家庭人口	
住址						联系电话	
家庭主要成员							
姓名	与申请人关系	健康状况	年龄	职业	联系方式		
家庭基本情况介绍							
银行户名		银行账号					
村审查意见	村书记（签字）： （村委会公章） 年 月 日						

<p>乡镇人民政府 审查意见</p>	<p>负责人（签字）： （公章） 年 月 日</p>		
<p>领导小组 审查意见</p>	<p>县医保局 审核意见</p>	<p>累计住院总费用_____元，已报销_____元， 个人自付_____。 审核人（签字）： （公章） 年 月 日</p>	
	<p>县卫健局 审核意见</p>	<p>审核意见： 审核人（签字）： （公章） 年 月 日</p>	
	<p>慈善协会 审核意见</p>	<p>审核意见： 审核人（签字）： （公章） 年 月 日</p>	
<p>本次补助比例</p>		<p>本次补助费用（元）</p>	