

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。