宜昌市城区大病关爱救助申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 | | | | |  | | | | | 相  片 | |
| 户 籍 |  | | | 出生年月 | | | | |  | | | | |
| 联 系 人 |  | | | 联系电话 | | | | |  | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | | | | | |
| 患病种类 |  | | 身份证号 | | | | | |  | | | | | | |
| 申请  救助  理由 | 申请人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 村（居）委会审核意见 | 负责人签字 ：  （盖章）  年 月 日 | | | | | 乡镇（街办）审核意见 | | | | | 负责人签字 ：  （盖章）  年 月 日 | | | | |
| 区慈善协会（高新区社管办） 审核意见 | 医疗总费用 | 报销费用明细 | | | | | | | | | | | | | 报销费用 合计 |
| 医疗保险报销费用 | | | 大病保险报销费用 | | | | | 商业保险报销费用 | | 政府救助 金额 | | |  |
|  |  | | |  | | | | |  | |  | | |  |
| 自负费用 |  | | | | | 申请救助金额 | | | | | |  | | |
| 负责人签字 ： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市慈善总会综募部 审核结论 |  | | | | | 核算救助金额 | | 30000以内 | | | | |  | | |
| 30001-60000 | | | | |  | | |
| 60001以上 | | | | |  | | |
| 合计 | | | | |  | | |
| 市慈善总会 审批意见 | 经大病关爱评审会评审，符合救助条件，同意给予救助 。  负责人签字 ： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 申 报  说 明 | 1.“申请救助理由”栏须如实填写家庭人口、经济状况、患何种疾病，以及自负医疗费无力支付原因等情况。  2.各地在申报时，须将《宜昌市城区大病关爱救助实施办法》第十二条规定的材料依次附后。  3.申请救助金额由各区慈善协会（高新区社管办）按《办法》规定的救助比例如实核算填写。  4.申请人应如实填写和提供所需资料，负责审核的单位要认真履责，否则，一律取消被救助对象的资格，同时对相关单位和人员予以严肃追责。  5.市慈善总会将对拟救助的对象在公众媒体上公示，若救助对象不同意公示，视为放弃救助。 | | | | | | | | | | | | | | |