|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件3  马尔康市卫生扶贫救助基金申请表 | | | | | | | | | |
| 患者医疗总费用（元） |  | | 通过各种医疗保险和民政补助已报销金额（元） | |  | | 患者自身负担费用(元) | |  |
| 申请救助金额（元） |  | | | | | | | | |
| 家庭人口（人） |  | 家庭年收入（元） | |  | | 人均年收入（元） | |  | |
| 收款人姓名 |  | | | | | | | | |
| 开户银行及账号 |  | | | | | | | | |
| 户籍所在村委会意见 | （单位签章） 经办人： 年 月 日 | | | | | | | | |
|
|
|  | | | | | | | | |
| 乡镇人民政府意见 | （单位签章） 审核人： 年 月 日 | | | | | | | | |
|
|
|
|  |  |  | |  | |  | |  | |
| 附注： 1.由就诊医院填写本表，作为申请市级特殊医疗救助基金依据，就诊医疗机构、申请人、基金审批发放单位各存1份备查。未实现“一站式”服务的就诊医疗机构，由本人依次申请报销，个人和基金主管部门各存一份备查。2.填写下一项自付余额时，应减去上一项的已报销金额。3.本表附救助对象的出院资料（复印件盖章有效）、身份证、银行账号等信息资料复印。 | | | | | | | | | |