附件2

江门市医疗救助申请审核表

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名： | 身份证号码： |
| 联系电话： | 家庭住址： |
| 户籍地址： | 申请救助时间：\_\_\_ \_年\_ \_月\_ \_日至\_\_ \_\_年\_ \_月\_\_\_日 |
| 申请救助对象类别（可勾选）：□因病致贫家庭重病患者□未经审核的县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员 |
| 银行卡或社保卡账号 |  |
| 银行卡或社保卡开户银行 |  |
| 家庭年可支配总收入（元）： | 年度个人负担费用（元）： |
| 医保政策外等政策性补偿、补助金，社会指定医疗捐赠金额合计为（元）： |
| 商业保险报销金额（元）： |
| 申请医疗费用信息 |
| 住院费用 | 发票张数 |  | 医保结算清单张数 |  | 住院总费用（元） |  |
| 门诊费用 | 发票张数 |  | 门诊清单张数 |  | 门诊总费用（元） |  |
| 是否为医疗救助经办工作人员或村（居）委会成员近亲属：□是 □否申请人（代办人）填写：（本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实，由此产生的一切法律责任均由本人承担） |
| 申请人（代办人）签名： 日期： |
| 镇（街）经办人签名： 日期：  |
| 家庭经济状况核查结果：符合（ ）、不符合（ ）核查人签名（两名或以上）： 日期： |
| 入户调查结果：符合（ ）、不符合（ ）调查人员签名（两名或以上）： 调查时间： |
| 镇人民政府（街道办事处）初审意见：符合（ ）、不符合（ ）初审人签名： 年 月 日复审人意见： 年 月 日核准人签名： 年 月 日 （单位盖章） |
| 医保经办机构审核意见: 经审核，本次予以医疗救助 元。 初审人签名： 年 月 日复审人签名： 年 月 日核准人签名： 年 月 日（单位盖章） |
| 公示期： 年 月 日至 年 月 日 公示结果：无异议（ ）、有异议（ ） |

说明：本表用于未经审核的县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员及因病致贫家庭重病患者。提交资料如下:交申请人本人身份证或户口本复印件（如他人代办提供代办人身份证或户口本复印件）、本人社保卡（或银行卡）复印件、上述发票的原件（复印件）、医保结算清单复印件、门诊清单复印件、家庭经济状况核对报告、家庭经济状况调查表、公示复印件、公示结果。镇（街）经办人负责对上述资料原件和复印件进行核对。

对申请人确实无法按规定提交材料的，镇人民政府（街道办事处）通过网络核验、部门共享、信息核查等方式仍无法核实所需材料的，可以由申请人对相关情况提供书面承诺并对承诺事项真实性负责。申请人不愿承诺或者无法提供书面承诺的，镇人民政府（街道办事处）应当书面告知其补充提供相关材料；拒不提供的，应当书面告知申请人不予受理并说明理由。