困难精神残疾人住院康复救助申请审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。