附件1

贫困精神残疾人药费补助审批表（2023年）

**\_\_\_\_\_\_县（市、区）\_\_\_\_\_\_乡镇（街道）\_\_\_\_\_\_村（社区）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 残疾证号 |  |
| 经济状况 | □1.低保户 □2.家庭经济困难 |
| 医保情况 | □ 1.城乡居民基本医疗保险 □ 2.民政医疗救助 □3. 其他医疗保险□4.无医疗保险  |
| 银行帐号或一卡通号 | 开户行：帐号： |
| 监护人姓名 |  | 与患者关系 |  | 联系电话 |  |
| 监护人承诺 | 一、保证药费补助金按规定使用；二、监护病情，督促病人按时服药、体检和复查；三、自觉履行监护职责，接受社会各界监督。监护人签名： 年 月 日 |
| 乡镇(开发区)残联意 见 | 审核人： （公章）年 月 日 |
| 县残联审批意见 | 审核人： （公章）年 月 日 |

注:本表由县（市、区）残联存档。