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。