北京市城乡特困人员重大疾病救助申请表

区县 街道（乡镇） 社区居（村）委会

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | | | 性别 | |  | 年龄 | |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | 户籍类别 |  | | | |
| 持证人姓名 |  | | | 性别 | |  | 身份证号码 | | |  |
| 与申请人关系 | |  | | | | 联系电话 |  | | | |
| 确诊医院 | |  | | | 罹患重大疾病名称 | | |  | | |
| 治疗费用支出 | |  | | | 参加医疗保障类别 | | |  | | |
| 家庭户籍地址 | | |  | | | | | | | |
| 申  请  理    由 | 申请人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |

填表说明：1、“参加医疗保障类别”指公费医疗、职工医疗保险、居民医疗保险、新农合等；

2、此表一式两份，区县民政部门和街道（乡镇）各一份。