北京市城乡特困人员重大疾病救助审批表

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 |  | 救助类别 |  | 医疗保障类别 |  |
| 治疗费用支出 |  | 医保（新农合）等报销金额 |  | 个人负担 |  |
| 确诊医院 |  | 罹患重大疾病名称 |  |
| 应享受重大疾病救助比例 |  | 应享受救助金额 |  | 联系电话 |  |
| 持证人姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 与申请人关系 |  | 家庭户籍地址 |  |
| 街道（乡镇）审核意见 | 经办人签字（盖章）： 年 月 日 |
| 区（县）民政部门审批意见 | 经办人签字（盖章）： 年 月 日 |

填表说明：1、“救助类别”指城市“三无”人员、农村五保供养人员、城（乡）低保人员、享受生活困难补助人员或城乡低收入人员；

 2、“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；

 3、“个人负担”指政策范围内个人自付部分，不含自费部分；

 4、此表一式两份，区县民政部门和街道（乡镇）各一份。