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。