

## 北京市因病致贫家庭医疗救助审批表

区县名称:

街道(乡镇)名称:

社区村(居)民委员会名称:

家庭成员基本情况	关系	姓名	性别	身份证号	户籍所在地	实际居住地	是否患重大疾病	罹患重大疾病种	上一自然年度内总收入(元)	上一自然年度内重大疾病医疗费用总支出(元)	其中					联系电话	
											城镇职工基本医疗保险或城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗报销金额(元)	城乡居民大病保险报销金额(元)	商业保险报销赔付金额(元)	自费药金额(元)	自付合规医疗费用金额(元)		
家庭人口(人)					上一自然年度内家庭年总收入(元)				上一自然年度内家庭成员罹患重大疾病医疗费用总支出(元)				上一自然年度内家庭自付重大疾病合规医疗费用总计(元)				
收支水平认定情况(元/月)						家庭财产是否符合条件					因病致贫家庭医疗救助金额(元)						
街道(乡镇)社保所受理及调查情况						街道(乡镇)审核部门意见						区县民政局审批意见					
经办人签字(盖章):      年    月    日						经办人签字(盖章):      年    月    日						经办人签字(盖章):      年    月    日					