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 | | 是否罹患重大疾病 | 罹患重大疾病病种 | 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 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |