附件2

岳池县医疗救助审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 社会保障卡号 |  |
| 家庭住址或单位 |  | 村（社区） |  | 联系电话 |  |
| 申请救助对象类别 | □特困人员 □孤儿 □低保 □防止返贫监测对象□低保边缘家庭成员 □因病致贫重病患者 |
| 疾病名称 |  | 就医时间 |  | 就医终止时间 |  |
| 诊治医院 |  | 本次申请救助政策范围内费用（元） |  | 本次申请救助已报销费用（元） |  |
| 申报总金额（元） |  | 救助比例（%） |  | 初审救助金额（元） |  |
| 本年度已救助总费用（元） |  | 本年度剩余救助费用（元） |  |
| 申请原因 |  |
| 初审意见 | 审核人签字：公章年 月 日 |
| 复审意见 | 审核人签字：领导签字：公章年 月 日 |
| 县医保局审批意见 | 申报总金额（元） |  | 救助比例（%） |  | 同意救助金额（元） |  |
| 经审核同意给予医疗救助 元。审核人签名：审批人签名： （公章）年 月 日 |

申请人（签字捺印）： 申报单位（盖章）：

 年 月 日