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