附件2

丰都县低收入人口高额医疗费用“一事一议”救助

申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 身份证号码 |  |
| 联系电话 |  | 身份类别 |  |
| 家庭地址 |  |
| 申报情况 |     本人因患                                          （疾病名），发生高额医疗费用，现申请救助。                                          申请人签字（手印）：          年     月    日                         |
| 乡镇/街道意见 | 医疗费用起止时间 | 政策范围内医疗费用（元） | 基本医保支付（元） | 大病保险支付（元） | 政策范围内个人自付（元） | 医疗救助支付（元） |
|  |  |  |  |  |  |
| 经办人：                      分管领导：                                        年     月    日（公章） |
| 县医保局意见 | 经办人：                      分管领导：                                        年     月    日（公章） |
| 县卫健委意见 |  经办人：                      分管领导：                                        年     月    日（公章） |
| 县民政局意见 | 经办人：                     分管领导：                                        年     月    日（公章） |
| 县财政局意见 | 经办人：                      分管领导：                                    年     月    日（公章） |
| 县乡村振兴局意见 | 经核实，本次受理政策范围内医疗费用           元，基本医保支付          元，大病保险支付        元，个人自付         元。经核算，该人员本次救助          元。经办人：         科室负责人：            分管领导：                                    年     月    日（公章） |