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） | | | | | | |