

青神县城乡居民重特大疾病医疗救助申请表（样表）

姓 名	张三	性 别	男	年 龄	52	人员类别	
二代身份证	51113019XXXXXXXXXX			银行帐号	621459XXXXXXXXXXXXXX		
家庭住址	青神县白果乡 XX 村 2 组			联系方式	13990XXXXXX		
病 种		治疗费用		报销费用		个人负担	
申请 人家 庭和 病情 情况							
乡 镇 审 核 意 见	负责人签字：（盖章） 年 月 日						
县民政局 审批意见	根据《青神县城乡医疗救助暂行办法》（青府办发【2016】2号）通知精神，经审核，符合重特大疾病医疗救助要求，按青民政【 】号文件批准，实施救助资金 元 （大写： 万 仟 佰 拾 元整） 青神县民政局（章） 年 月 日						
申请重特大疾病医疗救助者需如实提供以下资料：1. 身份证复印件、低保证、五保证、三无证、残疾证等材料复印件；2、住院发票、出入院证明、病历资料、各类医疗保险、商业保险报销审核表、药品清单等材料原件。 类别：低保户、五保户、三无户、重度残疾户、因病返贫困难户。							