附件

成华区居民大病医疗慈善援助申请表

街道： 申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | 年龄 | |  | | 照片 |
| 身份证号码 |  | | 户籍类型 | | □城镇□农村 | | | | |
| 户籍所在地 |  | | | | | | | | |
| 现住址 |  | | | | | | | | | |
| 联系电话 |  | | 主要疾病 | | | |  | | | |
| 代理人姓名 |  | 联系方式 | |  | | | 身份证号 | |  | |
| 医疗  总费用 | 元 | | 已报销  医疗费用 | | | | 元 | | | |
| 政府救  助费用 | 元 | | 个人负  担费用 | | | | 元 | | | |
| 受助人  社会保  障卡 | 开户行 | |  | | | | | | | |
| 账号 | |  | | | | | | | |
| 以上内容经援助对象本人确认真实无误，本人或合法代理人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 审 核 情 况 | | | | | | | | | | |
| 户籍所在地社区意见 | 意见：  审核人： 电话：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 户籍所在地街道意见 | 意见：  审核人： 电话：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 成华区  慈善会  意见 | 初审意见：  拟援助 元。（大写： ）  经办人：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 审核意见：  签字：  年 月 日 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 成华区慈善会大病医疗慈善援助金测算表(样表) | | | | | | | | | | | |
|  | 时间：申请之日，上一个自然年度内的医疗费用 | | | | |  |  |  |  | 单位：元 |  |
| 出院时间 | 总费用 | 社保报销 | | | 政府救助金额 | | | | | 个人实际　　　自付费用 | 慈善援助金 |
| 小计 | 基本医疗保险 | 大病互助保险 | 小计 | 医疗救助 | 临时救助 | 快速救助 | 其他 |
| 2019.8.2 | 64356.97 | 49003.11 | 39517.04 | 9486.07 | 0 |  |  |  |  | 15353.86 |  |
| 2019.9.2 | 24130.43 | 19716.55 | 15508.01 | 4208.54 | 0 |  |  |  |  | 4413.88 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | 139436.58 | 113379.09 | 91274.44 | 22104.65 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 26057.49 |  |