|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第六师五家渠市因病致贫重病患者救助对象申请表 | | | | | | | | |
| 团场（街道）名称： | | | |  |  |  | 年 月 日 | |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 身份  证号 |  | | 照片 |
| 户籍地 |  | | 参保地 |  | 病种 |  | |
| 险种 | 职工/居民 | | 家庭人口数 |  | 联系  电话 |  | |
| 申请前12个月家庭 总收入 |  | | 人均月 可支配收入 |  | 家庭  财产 |  | | |
| 医疗费 总额 |  | | 全自费金额 |  | 医保支付额 |  | 政策范围内个人自付费用 |  |
| 家 庭 成 员 | 与申请人 关系 | | 姓名 | 性别 | 身份证号 | | 职业 | 年总收入（元） |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
| 个 人 申 请 | 申请人：   年 月 日 | | | | | | | |
| 团场（街道）医保经办机构意见 | | 居民提供以下材料：  。  经办人： 负责人：  团场社保所（盖章）   年 月 日 | | | | | | | |
| 团场（街道）民政部门意见 | | 经入户调查，核实其家庭经济状况，初审认为 符合认定标准（救助时间： 年 月 日至 年 月 日）， 年 月 日至 年 月 日进行公示，公示期满无异议。   经办人： 负责人：  团场社会事务办公室（盖章）   年 月 日 | | | | | | | |
| 团场（街道）社会救助联席会议机制意见 | | 经审核，认为 符合认定标准（救助时间： 年 月  日至 年 月 日）， 年 月 日至 年 月 日进行公示，公示期满无异议。   经办人： 负责人：  团场（街道）社会救助联席会议机制（盖章）   年 月 日 | | | | | | | |
| 师市民政局意见 | | 经确认，同意认定 为因病致贫重病患者救助对象，救助时间： 年 月 日至 年 月 日。   经办人： 负责人：  师市民政局（盖章）   年 月 日 | | | | | | | |
| 填表说明 | | 1.此表填写要详实，不得谎报和随意涂改。  2.申请材料：本人身份证、户口本、结（离）婚证及复印件；本人及家庭成员收入证明、缴纳五险一金证明；本人及家庭成员车辆、房产、经商信息（如：房产证、租赁协议、购房合同、票据、营业执照等）；医疗卫生单位出具的病历、诊断证明或出院证明；医疗费用结算单；其他需要提供的证明材料。  3.医疗费总额为申请人在申请前12个月在定点医药机构发生的住院费用、门诊慢特病费用的总额。 4.医保支付额为基本统筹、大额基金、公务员基金、大病资金的支付总额。  5.政策范围内个人自付费用=医疗费总额-全自费金额-医保支付额。 6.人均月可支配收入=（家庭总收入-政策范围内个人自付费用）/家庭人口数/12个月。 7.此表一式两份，分别由申请人和团场（街道）民政部门存档。 | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|