附件：

枣庄市慈善医疗救助（计划生育特殊家庭）申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患病人员情况 | 申请人姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号 |  |
| 家庭住址 |  | 患者照片（1寸） |
| 工作单位 |  |
| 联系电话 |  |
| 是否参加基本医疗保险 |  |
| 患何种疾病 |  | 确诊时间 |  |
| 住院时间 |  | 所住医院名称 |  |
| 转院治疗情况 |  |
| 出院时间 |  | 是否治愈 |  |
| 医疗费总额 |  | 个人负担金额 |  |
| 镇（街）卫生健康部门审核意见（盖章） 年 月 日  | 市慈善总会审批意见（盖章） 年 月 日  |

备注：本表一式二份，个人须提供申请人和患病人身份证复印件、医院诊断证明、住院病历（复印件）、医疗费用结算单（复印件）等证明材料。