

## 湛江市慈善会困难群众医疗临时救助申请表

申请人姓名		性别		身份证号码		
户籍地址				邮政编码		家庭人口
居住地址				家庭人均收入		
单位及地址				年度获救助情况		
医疗总费用（元）				出院“一站式”结算费用（元）		
个人支付部分（元）				本年度第几次申请	次	
家庭类型	低保家庭 <input type="checkbox"/> 五保户 <input type="checkbox"/> 重点优抚对象家庭 <input type="checkbox"/> 低收入家庭 <input type="checkbox"/> 遭受突发事件家庭 <input type="checkbox"/> 其他类型家庭 <input type="checkbox"/>					
低收入对象、因病致贫家庭重病患者及其他救助对象准入条件	本人家庭共同生活成员的产权房屋不超过1套；无机动车辆（残疾人代步车、摩托车除外）；无工业、商业、服务业营利性组织的所有权；存款（包括定期、活期存款）、有价证券、基金的人均金额不超过户籍所在地的12个月城乡最低生活保障标准。 本人承诺以上情况均属实，如有虚假，本人愿承担由此引起的一切法律责任。 承诺人：_____年 月 日					
患重大疾病情况（包括申请人患重大疾病情况，医院诊断病种、治疗情况和建议）：						
申请人（或代理人）签名：_____年 月 日						
代理人情况						
姓名：	性别	年龄	与申请人关系	单位		
户籍地址				邮政编码	联系电话	
申请人银行账号						
开户名	开户行			账号		
镇（乡、街道）受理意见	_____（盖章） _____年 月 日					
县（市、区）慈善会（民政局）核查意见	_____（盖章） 主要领导或分管领导签字： _____年 月 日					
湛江市慈善会审批意见	经研究，同意一次性救助 _____元。 _____（盖章） 主要领导或分管领导签字： _____年 月 日					
注：1. 出院“一站式”结算报销费用系指求助对象出院结算时医疗报销的数额+优抚对象报销数额（仅优抚对象加上此报销数额）+低保对象按70%报销数额（仅低保对象加上此数额）；2. 求助对象须提供出院结算发票、诊断证明等相关材料。						