附件2

威海市2018年度慈善救助大病患者汇总表

填报单位（盖章）： 　　　　　　　　　　　　　　　　　 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 身份证号码 | 家庭住址 | 家庭  电话 | 家庭经济状况〔是否低保家庭、农村五保对象、城市“三无”对象、一级残疾人(不含听力、言语残疾）、建档立卡贫困家庭〕 | 所患疾病 | 个人自负  医疗费（元） | 慈善大病救助  额（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人：　　　　　　　　　　 审核人：　　　　　　　　　 负责人：

注：此表中序号与申请表排序对应并装订成册。