

## 附件 1

## 威海市 2020 年度慈善救助大病患者申请表

|  |               |                                      |                    |    |
|--|---------------|--------------------------------------|--------------------|----|
| 姓 名  |               | 性 别                                  |                    | 照片 |
| 身份证号码  |               | 联系电话                                 |                    |    |
| 家庭住址   |               |                                      |                    |    |
| 所患疾病   |               | 年医疗费总额 (元)                           |                    |    |
|  |               | 医疗保险报销 (元)                           |                    |    |
|  |               | 大病保险报销 (元)                           |                    |    |
|  |               | 工会报销(元)                              |                    |    |
|  |               | 重特大疾病医疗救助(元)                         |                    |    |
|  |               | 自负医疗费 (元)                            |                    |    |
|  |               | 大病救助报销比例 (%)                         |                    |    |
|  |               | 大病救助金额 (元)                           |                    |    |
| 持卡人姓名<br>银行账号 (威海市商业银行 I 类银行卡)   |               |                                      |                    |    |
| 家庭主要<br>成员情况   | 姓名            | 与本人关系                                | 单位/住址              |    |
|  |               |                                      |                    |    |
| 家庭经济状况及病情<br>〔是否低保家庭、特<br>困供养人员、一级残<br>疾人(不含听力、言语<br>残疾)、建档立卡贫困<br>家庭〕 |               |                                      |                    |    |
| 村(居)委会意见   | 镇(办事处)意见      | 区(市)残联意见                             | 区市民政部门<br>(慈善总会)意见 |    |
| 年 月 日<br>(盖章)  | 年 月 日<br>(盖章) | 仅一级、二级残疾<br>人在此栏盖章。<br>年 月 日<br>(盖章) | 年 月 日<br>(盖章)      |    |