

附件 2

威海市 2020 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、特困供养人员、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。