附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | | | |  |
| 患者银行账号及开卡城市（I类银行卡） | | | | |  | | | | |
| 家庭主要  成员情况 | | 姓名 | 与本人关系 | | | 单位/住址 | | | |
|  |  | | |  | | | |
| 家庭经济状况及病情(是否低保家庭、特困供养人员、一级残疾人、脱贫享受政策人口和防止返贫监测帮扶对象家庭） | |  | | | | | | | |
| 村（居）委会意见 | | 镇（办事处）意见 | | 区（市）残联意见 | | | | 区市民政部门  （慈善总会）意见 | |
| 年 月 日  （盖章） | | 年 月 日  （盖章） | | 年 月 日  （盖章） | | | | 年 月 日  （盖章） | |

威海市2023年度慈善救助大病患者申请表