玉环市癌症诊治慈善定向扶持基金申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | | | | 户籍 | | |  |
| 申请日期 |  | | | | 身份证号 | | |  |
| 类别 | □医疗救助对象  □非医疗救助对象 | | | | 市民卡号  （或银行卡号） | | |  |
| 我已知晓本表仅用于玉环市癌症诊治慈善定向扶持，自愿申请，与疾病诊疗过程无关。  患者签字：\_\_\_\_\_\_\_\_  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 医院审核意见 | | 癌症名称 | | | |  | | | |
| 手术时间 | | | |  | | | |
| 科室主任（签字） | | | |  | | | |
| 参保类别 | | | | □城镇职工医保 □城乡居民医保  □无医保 | | | |
| 住院自付金额（元） | | | |  | | | |
| 财务科科长（签字） | | | |  | | | |
| （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 市总工会 | | 是否参加职工医疗互助保障 | | | | | □是 □否 | | |
| 本次手术补助金额 | | | | |  | | |
| （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 乡镇（街道）慈善分会意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |

**备注：**1.请附患者出院小结、身份证、市民卡（或银行卡）、低保证的复印件；

2.该表正反双面打印，一式两份，申请人、乡镇（街道）慈善分会各保留一份；

3.医疗救助对象包括：特困供养人员；最低生活保障家庭成员；最低生活保障边

缘家庭成员；孤儿；“三老人员”（指中华人民共和国成立前老党员、老交通员、

老游击队员）；部分重点优抚对象；家庭困难的退伍军人和市政府规定的其他特

殊困难人员。