## 附件：

**依申请医疗救助申请表**

申请人所在乡镇（街道）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | |  | 性别 |  | 单位名称 |  |
| 户籍情况 | | □本市  □市外区内 | 参保情况 | □居民险  □职工险 | 对象类别 | □1.防贫救助对象  □2.地贫救助对象 |
| 身份证号 | |  | | 居住地址 |  | |
| 疾病名称 | |  | 医疗总费用（元） |  | 依申请医疗救助费用（元） |  |
| 已获救助金额 | |  | | 社会帮扶金额 |  | |
| 家庭成员 | | 姓名 | 关系 | 工作单位 | | 月收入 |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| 银行卡号 | | |  | | | |
| 银行卡户名 | |  | | 开户行 |  | |
| 申请事由：  本人确认以上信息无误，承诺所提交的材料真实合法，如有虚假，承担相关法律责任。  申请人： 联系电话： 年 月 日  代办人： 联系电话： 年 月 日 | | | | | | |
| 乡镇（街道）初审意见 | 经办人： （单位盖章）  年 月 日 | | | | | |