**泰州市慈善中医院救助申请表**

**基本情况：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | | **年龄** |  | |
| **病区** |  | **床号** |  | | **病案号** |  | |
| **入院时间** | |  | | | **出院时间** |  | |
| **入院诊断** | |  | | | **出院诊断** |  | |
| **家庭地址** | |  | | | **联系电话** |  | |
| **家庭情况简介及**  **减免原因** | |  | | | | | |
| **符合救助对象类型在序列号上打√** | | 1. **城乡低保户 2、特困供养人员 3、低保边缘户 4、支出型贫困家庭患者 5、失独家庭 6、困境儿童 7、重度残疾人** 2. **退役军人优抚对象 9、符合总工会困难职工家庭患者**   **10、重大疾病，突发性事件临时救助重病患者 11、其他（需附情况说明）** | | | | | |
| **所在乡镇或（街道）**  **民政部门意见** | | **符合条件，同意救助。**  **盖章** | | | | | |
| **医药费总额（元）** | |  | | **自费总额（元）** | | |  |
| **科主任/护士长签字** | |  | | | | | |
| **审核情况：** | | | | | | | |
| **救 助 类 型** | |  | | **救助金额（元）** | | |  |
| **医务处签字** | |  | | **慈善办公室签字** | | |  |
| **审计处签字** | |  | | | | | |
| **慈善机构签字** | |  | | | | | |
| **分管领导签字（盖章）()(ZHAIZ)** | |  | | | | | |

**泰州市慈善中医院办公室电话：0523-86611657**