**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**