绍兴市红十字会贫困重症孕产妇（新生儿）关爱救助项目申请审批表

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | |  | | | 性别 | |  | | 出生年月 | | | | | | |  | | | | 民族 |  |
| 户籍所在地 | | 区 乡（镇） 村 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系电话 | | 家电 | |  | | | | 手机 | | | |  | | | | | | | | | |
| 其他家庭成员情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | 性别 | | 与申请人关系 | | | 工作或学习单位 | | | | | | | | | 身份证号 | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 家 庭  经 济  状 况 | 家庭人口总数 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 主要收入来源 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭  年收入 | |  | | | | | | | | | | 人均年收入 | | | | | |  | | |
| 是否有  低保证 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗费  用情况 | 总费用 | |  | | | | | | | | 预交费用 | | | | | |  | | | | |
| 已报销  费用 | |  | | | | | | | | 已产生  费用 | | | | | |  | | | | |
| 自负  费用 | |  | | | | | | | | 尚欠费用 | | | | | |  | | | | |
| 患者诊断 |  | | | | | | | | | 经管医生签字 | | | | | | | |  | | | |
| 申请人  就诊医疗单位初审意见 | 单位公章  单位负责人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市卫生计生委意见 | 单位公章  负责人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市红十字会审批意见 | 经绍兴市红十字会执委会 月 日集体讨论决定，予以救助  元。  负责人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

申请人需同时提交的证明材料：

1.绍兴本地孕产妇身份证、户口本及其复印件；

2.《城填(或农村)最低生活保障社会救济证》或《困难家庭

证》及复印件；

3.外地来绍者身份证、暂住证及其复印件；

4.住院费用票据及住院费用清单；

5.就诊医院出具的疾病证明（盖章有效）原件，住院病案首

页、入院记录等复印件（加盖病案专用章有效）及其他检查报告等资料；

6.酌情提供患者所在单位或社区出具的困难证明。