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。