附录B

“扶残助疾”套餐服务申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | | |
| 基础事项 | □残疾人证办理 | | |
| 情形事项 | □困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴资格认定 | | |
| □符合资助条件的救助对象参加城乡居民基本医疗保险缴费补贴 | | |
| □低保、特困等困难群众医疗救助 | | |
| □城乡居民养老保险缴费补助 | | |
| 申请人（签章）：  日期： | | | |

中华人民共和国残疾人证申请表

省（自治区、直辖市） 市（地） 县（市、区）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人  基  本  情  况 | 姓 名 |  | | | 性别 |  | 民族 |  | | 婚否 |  | 贴照片处  （两寸  近期免冠  白底彩照） |
| 出生年月 |  | | 籍贯 |  | | | 文化程度 | |  | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | |
| 户籍地址 | 乡（镇、街道） 村（社区） | | | | | | | | | |
| 现住址 | 乡（镇、街道） 村（社区） | | | | | | | | | |
| 邮 编 |  | 联系电话 | |  | | | | | | | |
| 监护人或  联系人 | 姓 名 |  | | | 与申请人关系 | | | |  | | | |
| 联系电话 |  | | | | | | | | | | |
| 申请类型 | | 1. 新申请（监护人证明材料粘贴在申请表后面） 2. 换领申请 3.补办申请 | | | | | | | | | | |
| 申请人或  监护人签名 | |  | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 办证公示  情况 | □该申请人年龄未满18周岁，为未成年人，不予公示。  □该申请人残疾评定结论已于 年 月 日至 年 月 日在 进行公示。公示结果：□无举报 □有举报，但已处理。  县级残联理事长签名：  年 月 日 |

受理人签名： 受理时间： 年 月 日

广西依申请医疗救助审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | | | 身份证号码： | | | | |
| 联系电话： | | | 家庭住址： | | | | |
| 户籍地址： | | | 申请救助时间： 年 月 日至 年 月 日 | | | | |
| 银行卡或社保卡账号 | | |  | | | | |
| 银行卡或社保卡开户银行 | | |  | | | | |
| 家庭年可支配总收入（元）： | | | | 年度个人负担费用（元）： | | | |
| 医保政策外等政策性补偿、补助金，社会指定医疗捐赠金额合计为（元）： | | | | | | | |
| 商业保险报销金额（元）： | | | | | | | |
| 申请医疗费用信息 | | | | | | | |
| 住院费用 | 发票张数 |  | 医保结算  清单张数 | |  | 住院总费用（元） |  |
| 门诊费用 | 发票张数 |  | 门诊清单  张数 | |  | 门诊总费用（元） |  |
| （本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实，由此产生的一切法律责任均由本人承担）  申请人（代办人）签名： 日期： | | | | | | | |
| 申请人（代办人）签名： 日期： | | | | | | | |
| 乡镇（街道）受理经办人签名： 日期： | | | | | | | |
| 是否符合因病支出型困难家庭成员：符合（ ）、不符合（ ）  核查人签名（两名或以上）： 日期： | | | | | | | |
| 乡镇人民政府（街道办事处）是否符合依申请救助初审意见：符合（ ）、不符合（ ）  初审人签名： 年 月 日  复审人签名： 年 月 日 （单位盖章） | | | | | | | |
| 医保经办机构审核意见: 经专题会议研究并审核，本次予以医疗救助 元。  初审人签名： 年 月 日  复审人签名： 年 月 日 （单位盖章） | | | | | | | |
| 公示期： 年 月 日至 年 月 日 公示结果：无异议（ ）、有异议（ ） | | | | | | | |