德善之帮·康复救助项目救助金申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人基本  情况 | 姓 名 | |  | 性别 | |  | 出生年月 | |  | 民族 | |  |
| 身份证号码 | |  | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | | |
| 所在村、社区或单位 | |  | | | | | 职务/职称 | | |  | |
| 银行账户姓名 | |  | | | | | 开户行 | | |  | |
| 银行账号 | |  | | | | | 家庭人均年收入 | | |  | |
| 家庭成员情况 | 姓 名 | | 出生年月 | | 与本人关系 | | | 工作（学习）单位/职业 | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | | |
| 家庭困难情况（200字以内）  本人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 所在村（居）委会  或单位意见 | | 负责人签字： (单位盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 乡镇（街道办）  计划生育协会意见 | 负责人签字： (单位盖章)  年 月 日 | | |
| 主要诊断 |  | 医疗总费用（元） |  |
| 自负费用（元） |  | 申请救助金额（元） |  |
| 长沙湘衡康复医院  意 见 | 负责人签字： (单位盖章)  年 月 日 | | |
| 湖南省人口健康  福利基金会意见 | 负责人签字： (单位盖章)  年 月 日 | | |

填写说明：

1.请申请人如实填写相关信息，如情况不实则取消救助金申请资格，申请救助金额不超过3000元。

2.银行账号信息请填写本人或直系亲属银行账号，以便准确发放救助金。

3.患者出院及医保结算后，长沙湘衡康复医院统一收集申请人资料，包括救助申请表、医疗费用发票或分割单原件，出院记录、疾病诊断证明及被救助人身份证复印件，核实自负医疗费用情况，确认救助金额，于每月1日及16日，提交救助名单及相关资料给湖南省人口健康福利基金会。经项目领导小组核准后，由基金会通过银行转账方式直接发放救助金。