附件2

泰州市区贫困精神残疾人免费基本用药申请审批表

市 区 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | 男 □女 □ | 民族 |  |
| 出生年月 |  | 残疾证号 |  | 联系电话 |  |
| 家庭地址 |  | 邮政编码 |  |
| 疾病诊断 |  | 诊断机构名称 |  |
| 监护人姓名 |  | 与患者关系 |  | 电 话 |  |
| 监护人家庭地址 |  | 邮 编 |  |
| 家庭经济状况 | 1. 属于低保、五保等医疗救助对象 □ 2.符合地方贫困标准 □ | 户 口类 别 | 农业户口 □非农业户口 □ |
| 享受医疗保险情况 | 1.享受城镇职工基本医疗保险 □ 2.享受城镇居民基本医疗保险 □3.享受新型农村合作医疗 □ 4.享受其他医疗保险 □5.无医疗保险□ 6.享受医疗救助 □ |
| 申请人或监护人申 请 |  签 字：  年 月 日 |
| 基层医疗卫生机构意见 | 已纳入国家基本公共卫生服务（以省系统信息为准） 审核人： 公 章 年 月 日 |
| 乡镇(街道)残联意见 | 审核人：公 章 年 月 日 |
| 区残联审批意见 | 审核人：公 章 年 月 日 |

**注**：1、本表由申请者本人或监护人填写。

2、申请时需携带申请人残疾证及复印件、监护人身份证及复印件。

3、本表及有关证明复印件由区残联存档。