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。