附件3

泰州市区贫困精神残疾人免费基本用药救助卡

**封面：**

|  |
| --- |
| 泰州市区贫困精神残疾人免费基本用药说明: cdpflogo1救助卡**泰州市残疾人联合会制** |

**封二：**

救助卡使用范围

**救助对象：**

需长期服药的我市市区贫困精神残疾人

**第一页：**

 市 区 编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 残疾证号 |  | 电话 |  |
| 监护人姓名 |  | 电话 |  |
| 家庭地址 |  |
| 疾病名称 |  |
| 定点医院 |  |
| 发药服务点 |  |
| 核发单位：（盖章）核发人：年 月 日 |

**第二至第十二页：**

|  |
| --- |
| 20 年就诊、拿药记录 |
| 日期 | 检查、药品及剂量数量 | 金额 | 医师签名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**封三：**

注意事项

1．本卡仅限本人使用，不得转借；

2．本卡仅限指定医疗机构使用，不得跨医疗机构使用；

3．救助资格每年审核1次，如持卡人不再属于救助对象，则取消其受助资格，不再享受本办法规定的救助；

4．本卡请妥善保管，一旦遗失请及时向当地区残联和定点医疗机构挂失，凡原卡遗失期间发生的医疗费用，均由本人自负。