附件1：

依申请救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人基本情况 | 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号码 |  | | 联系电话 | |  |
| 纳入时间 |  | | 申请时间 | |  |
| 家庭住址 |  | | 村（社区） | |  |
| 银行账户 |  | | 参保情况 | | □居民医保  □职工医保 |
| 申请救助对象身份类别 | □低保 □特困人员 □孤儿 □返贫致贫人口 □脱贫不稳定人口  □边缘易致贫人口 □突发严重困难人口 □其他： 。 | | | | | |
| 申请  原因 | 本人 ，于 年 月 日被 部门认定为 。本人纳入救助对象前因病产生高额医疗费用，特申请对身份认定前发生的经基本医保、大病保险等报销后剩余自付医疗费用予以救助。本人确认以上信息无误，承诺所提交的材料真实合法，并已如实告知防贫保、惠民保、慈善、水滴筹、商业保险等渠道医疗费用报销情况，如有虚假，自愿承担相应责任。  申请人（手印）： 年 月 日  代办人（手印）： 联系电话： | | | | | |
| 经办机构意见 | （盖章）  负责人： 经办人： 2022年 月 日 | | | | | |
| 备注 | 请在对应□内打√。 | | | | | |