|  |
| --- |
| 景德镇市倾斜救助审核审批表 |
| 申报单位： 县（市、区） 乡（镇、街道） 村（社区） 编号： |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 救助对象身份类别 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 救助对象开户行 |  | 救助对象银行账号 |  |
| **审核追溯身份认定前3个月内纳入倾斜救助医疗费用情况（元）** |
| 救助对象身份认定时间 |  | 附救助申请材料单据共（ ）张 |
| 救助对象认定前3个月内总医疗费用 | 基本医保报销费用 | 大病保险报销费用 | 其他商业保险或社会救助补偿金额 | 倾斜救助可计算医疗救助总费用 |
|  |  |  |  |  |
| **审核享受医保三重保障后纳入倾斜救助医疗费用情况（元）** |
| 总医疗费用 | 基本医保报销 | 大病保险报销 | 医疗救助费用 | 其他商业保险或社会救助补偿金额 | 倾斜救助可计算医疗救助总费用 |
|  |  |  |  |  |  |
| 合并倾斜救助可计算医疗救助总费用 | 适用倾斜救助起付线标准 | 适用倾斜救助比例 | 拟倾斜救助金额 |
|  |  |  |  |
| **倾斜救助审批意见** |
| 村（社区）申报意见 |   经手人：  负责人： 年 月 日（公章） |
| 乡镇（街道）审核意见 | 情况属实，拟申报本次倾斜救助金额 元。  经手人：  负责人：  年 月 日（公章） |
| 县（市、区）医保经办审批意见 | 情况属实，本次倾斜救助金额 元。  经手人：  负责人： 年 月 日（公章） |