|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | | | | | | | | | | | |