附件：

**柳州市医疗救助申请表**（参考）

申请人所在乡镇（街道）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 单位名称 |  |
| 户籍情况 | □本市□市外区内 | 参保情况 | □居民险□职工险 | 对象类别 | □1.防贫救助对象□2.地贫救助对象 |
| 身份证号 |  | 居住地址 |  |
| 疾病名称 |  | 医疗总费用 |  | 个人自付费用 |  |
| 单位帮扶金额 |  | 社会帮扶金额 |  |
| 家庭成员 | 姓名 | 关系 | 工作单位 | 月收入 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 银行卡号 |  |
| 银行卡户名 |  | 开户行 |  |
| 申请事由：本人确认以上信息无误，承诺所提交的材料真实合法，如有虚假，承担相关法律责任。申请人： 联系电话： 年 月 日 代办人： 联系电话： 年 月 日  |
| 乡镇（街道）初审意见 | 经办人： （单位盖章） 年 月 日  |

## 注：各县（区）可根据实际调整修改表样内容。