

附件

东莞市医疗救济基金会医疗救济申请表

申请日期：

编号：

申请人姓名		性别		年龄		户籍	
身份证号码				所属园区、镇街			
居住住址				联系电话			
工作单位				工作单位电话			
开户银行		户主姓名		个人支付医疗费用			
银行账号				符合医疗救济金额			
主要家庭成员	姓名	性别	年龄	关系	工作单位	月收入	
申请医疗救济的原因： 							
本人谨此承诺：本申请表填写信息全部属实，所提交的材料真实有效，如存在虚假情形，本人愿意承担一切后果。							

申请人/代申请人（签名及按手印）： 日期： 年 月 日	
村（居）委会调查意见	经办人： （盖章）： 日期： 年 月 日
镇（街道）公共服务办公室意见	审核： （盖章）： 日期： 年 月 日
市医疗救济基金会意见	审批： （盖章）： 日期： 年 月 日

说明：1. 此表由申请人如实填写，本人确无法填写的，可请人代笔。此表须连同其它申请材料一并提交。

2. 户籍在松山湖管委会的本市户籍困难群众或在松山湖管委会生活、工作、读书满一年的非本市户籍困难群众直接向松山湖管委会社会事务局提出申请。松山湖管委会社会事务局提出申请在收到申请材料后参照办法规定执行。

3. 个人支付住院医疗费用请按照医疗票据个人支付部分进行计算。