附件：

江门市易返贫致贫人口补充医疗保障申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 年龄 | |  |
| 身份证号码 | |  | | 联系电话 | |  | |
| 居住地址 | |  | | | | | |
| 临床诊断 | |  | | | | | |
| 申请日期 | |  | | 申请金额 | |  | |
| 情况说明  （说明申请人身体情况，所需药物，具体使用情况，如不够填写可另附页） | | **本人声明：**上述申请金额为已经江门市基本医疗保险、大病保险、医疗救助和其它补充医疗保险支付后的药品费用。  申请人（签名）： | | | | | |
| 村（居）委会  审核意见 | | 审核意见：  经办人（签名）：  盖章： | | | | | |
| 镇（街）乡村振兴部门复核意见 | | 乡村振兴部门复核意见：  经办人（签名）：  盖章： | | | | | |
| 镇（街）人民政府审批意见 | | 审核意见：  经办人（签名）：  盖章： | | | | | |
| 备 注 | |  | | | | | |