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）委会初核意见 | 初核意见：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）人民政府审核意见 | 审核意见：经办人（签名）：盖章： |
| 备 注 |  |