附件1：

因病致贫重病患者申请审核确认表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓 名 |  | 性别 | 　　 | 民族 |  | 居民身份证号码 |
|  |
| 户籍地 |  | 联系电话 |
| 居住地 |  |  |
| 参保地 |  |
| **共同****生活****家庭****成员****情况** | 姓名 | 与申请人关系 | 健康状况 | 就业（上学）状况 | 居民身份证号码 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **非共****同生****活赡****抚扶****养人****情况** | 姓名 | 与申请人关系 | 健康状况 | 就业状况 | 年赡（抚、扶）养费 | 居民身份证号码 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **家庭收入情况** | 工资性收入（元/年） | 经营净收入（元/年） | 财产净收入（元/年） | 转移净收入（元/年） | 家庭总收入（元/年） | 近12个月个人自负医疗费用总和 |
| 自负总费用 ，其中：住院自负费用 ，门诊慢特病自负费用 ，门诊特药自负费用 。 |
|  |  |  |  |  |
| **核算****情况** | 扣除政策范围内个人自负医疗费用之后共同生活家庭成员人均收入　　　　元/人·年 |
| **家庭****财产****状况** | 动产 | 存款：　　　　，证券：　　　　　基金：　　　　　商业保险：　　　　理财：　　　　　债权：　　　　，市场主体：　　　　机动车辆：　　　　其他：　　　　 | 是否超标 | 是□否□ |
| 不动产 | 房产：　 　套（自建□商品房□），门面房：　　套，其他：　　　　　 |
| **个人****申请** | 本人申请认定因病致贫重病患者，授权、委托相关核对机构对包括但不限于本人的收入、财产、因病支出、医保支付等信息进行核对，承诺所提供的全部信息真实、完整、准确，愿意接受有关部门调查，并自愿承担相应法律责任。　　　　　　　　　　　　　　　 申请人签字：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| **入户****调查****意见** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　调查人员签字：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 经办人 |  | 负责人 |  | 分管领导 |  |
| **乡镇****初审****意见** | 经调查、审核、公示无异议，拟同意　　　　　　村（社区）　　　　认定为因病致贫重病患者，报县民政局审批。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　盖　章　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| **县级****民政****部门****意见** | 经审查，同意　　　　　　乡（镇）关于　　　　村（社区）　　　　　认定为因病致贫重病患者的审核意见。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　盖　章　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 审核人 |  | 分管领导 |  |