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 | | |  | | | | |