



县级受理号：\_\_\_\_\_

省级审批号：\_\_\_\_\_

## 福建省红十字城乡困难居民重特大疾病医疗救助

### 申 请 表

申请人姓名\_\_\_\_\_

性 别\_\_\_\_\_ 民族\_\_\_\_\_

身份证号码\_\_\_\_\_

工作（学习）单位\_\_\_\_\_

家庭固定电话\_\_\_\_\_

手 机\_\_\_\_\_

户籍所在地\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_县(市、区)\_\_\_\_\_乡(镇、街道)\_\_\_\_\_村(社区)

申请人近期  
一寸或二寸照片

代办人姓名\_\_\_\_\_ 性别\_\_\_\_\_ 与申请人关系\_\_\_\_\_

身份证号码\_\_\_\_\_ 工作(学习)单位\_\_\_\_\_

家庭固定电话\_\_\_\_\_ 手 机\_\_\_\_\_

填表日期： 年 月 日

福建省红十字会大病救助办公室

电话：0591—87760263/85526070

传真：0591—87760265

网址：[www.fjredcross.org.cn](http://www.fjredcross.org.cn)

地址：福州市华林路138号中央公馆4层 邮编：350003

## 申 请 告 知 书

1. 福建省红十字城乡困难居民重特大疾病医疗救助基金，是为减轻城乡困难居民重特大疾病医疗费用个人负担而设立的专项公募基金，由省红十字会负责筹集、管理和使用。基金来源主要由社会各界捐赠和政府资助。

2. 符合条件的申请对象，应如实填写申请表（1份），同时必须提供由民政部门或残联等出具（颁发）的家庭情况证明（证件）及复印件以及由治疗医院出具并加盖医院有效印章的疾病诊断证明、住院发票、出院小结原件及复印件，无法出具原件的，则需提供由医保部门或医疗单位出具的费用结算单。已办理尿毒症、血友病门诊特殊病种的申请人可同时提交门诊特殊病种费用结算单。申请资料一经受理将不予退回。如申请者要留存住院发票等复印件，请在递交申请前自行复印。

3. 申请人必须保证所提供资料的真实性，如发现有不实情况，红十字会将不予受理或收回救助金并追究相关责任。

4. 在年度内如分次申请救助者，其住院医疗费用不得重复计算。对实施同一器官、组织（含造血干细胞）移植手术的，每人只限给予一次救助。

5. 申请时必须提供以申请人本人姓名办理、可以接收汇入救助金的银行活期存折复印件。若无法提供申请人本人银行活期存折复印件的，则需提供申请人配偶或子女或父母姓名办理的可以接收汇入救助金的银行活期存折复印件，并附派出所出具的直系亲属关系证明。

6. 救助金将由省红十字会直接汇入此存折账户，或者直接汇入治疗医院的指定账户。为便于接受社会监督，符合条件的受助人及救助金额等将通过省红十字会网站公示3个工作日，受助人的其他情况因工作需要也可能通过相关媒体对外公布。

7. 本申请表的接收并不代表一定能获得救助。如受理申请和评审认定需要，可能还要求您补充提供相关证明材料等。如您符合条件并获得了救助，将会收到省红十字会发给的手机短信告知。

8. 获得救助的申请人（代办人），有责任和义务为各级红十字会提供必要的配合相关宣传活动的文字、照片、影像等资料，并同意使用所提供的资料。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申请规定。

申请人（代办人）签名：

年 月 日

|                                |                                                                                                                                                                                                                           |       |          |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|
| 本表各栏由申请人填写,如有□所标项目,请在对应的□内打“√” |                                                                                                                                                                                                                           |       |          |
| 家庭情况                           | <input type="checkbox"/> 重点优抚对象(含革命“五老”人员) <input type="checkbox"/> 重度残疾人<br><input type="checkbox"/> 城乡低保家庭(含农村“五保”供养对象) <input type="checkbox"/> 低收入家庭                                                                  |       |          |
| 疾病组类                           | <input type="checkbox"/> 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/> 急性白血病 <input type="checkbox"/> 尿毒症 <input type="checkbox"/> 先天性心脏病<br><input type="checkbox"/> 再生障碍性贫血 <input type="checkbox"/> 地中海贫血 <input type="checkbox"/> 血友病 |       |          |
| 医保类型                           | <input type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民医保 <input type="checkbox"/> 城镇职工医保<br><input type="checkbox"/> 公务员医保 <input type="checkbox"/> 无医保                                                               |       |          |
|                                | 医保卡卡号:                                                                                                                                                                                                                    |       |          |
| 申请人银行                          | 银行                                                                                                                                                                                                                        | 分(支)行 | 营业所(分理处) |
| 活期存折                           |                                                                                                                                                                                                                           |       |          |
| 账号                             | 账号:                                                                                                                                                                                                                       |       |          |
| 申请大病救助基金理由                     | <p style="text-align: right;">申请人或代办人签名:</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p>                                                                                                                                |       |          |

## 家庭情况证明表

申请人家庭属下列情况之一的，在本表相关栏目中如实填报，并出具证明原件、附上加盖县红十字会公章的证件复印件。如属未经民政部门认定且发证的低收入家庭，除填报相关栏目外还应由户籍所在地村（居）委会和乡镇（街道）民政办在相应栏中盖章证明。

|                                                                                                                                                  |                         |  |  |              |                      |                                             |  |             |                |  |  |            |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|--|--------------|----------------------|---------------------------------------------|--|-------------|----------------|--|--|------------|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 重点优抚对象（含革命“五老”人员）<br><input type="checkbox"/> 城乡低保家庭（含农村“五保”供养对象）<br><input type="checkbox"/> 低收入家庭（已经民政部门认定并发证）        |                         |  |  |              |                      | <input type="checkbox"/> 重度残疾人              |  |             |                |  |  |            |  |  |  |  |  |
| 证件号：<br>年审： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无                                                                                |                         |  |  |              |                      |                                             |  |             |                |  |  | 证件复印件附在第 页 |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 低收入家庭（未经民政部门认定的，由申请人填写以下栏目）<br>本人郑重承诺，所填信息真实无误，并同意相关部门通过合法渠道查询、公示以下信息。如有不实愿承担相应责任。                                      |                         |  |  |              |                      |                                             |  |             |                |  |  |            |  |  |  |  |  |
| 家庭实有<br>人口数（人）                                                                                                                                   |                         |  |  | 劳动力<br>个数（人） |                      |                                             |  | 就业人数<br>（人） |                |  |  |            |  |  |  |  |  |
| 家庭<br>收<br>入<br>情<br>况                                                                                                                           | 工薪收入<br>（元）             |  |  |              | 经营性<br>净收入（元）        |                                             |  |             | 财产性<br>收入（元）   |  |  |            |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                  | 粮食等实物<br>折合人民币<br>收入（元） |  |  |              | 转移性收入等<br>其他收入（元）    |                                             |  |             |                |  |  |            |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                  | 家庭<br>总收入（元）            |  |  |              | 家庭成员<br>年人均收入<br>（元） |                                             |  |             | 当地低保<br>月标准（元） |  |  |            |  |  |  |  |  |
| 同时，本家庭不具有以下任何情形：<br>①拥有私家轿车等较高价值非基本生活必需品；②年内建设或者高档装修住房；③家庭成员有入托高价幼儿园、自费择校就读、自费出国留学或劳务；④因赌博、吸毒等不良行为而造成家庭生活困难；⑤家庭日常生活明显高于当地低收入家庭标准；⑥其他超过低收入家庭生活情形。 |                         |  |  |              |                      |                                             |  |             |                |  |  |            |  |  |  |  |  |
| 申请人（签字）：                                                                                                                                         |                         |  |  |              |                      |                                             |  |             |                |  |  | 证明人（签字）：   |  |  |  |  |  |
| 经调查，以上家庭情况属实，符合低收入家庭标准，并已在本村（居）进行了3天以上公示，无异议，同意上报并作为申请救助依据。                                                                                      |                         |  |  |              |                      | 经核查，该村（居）委会证明内容符合实际情况，该家庭属低收入家庭，同意上报申请大病救助。 |  |             |                |  |  |            |  |  |  |  |  |
| 村（居）委会（盖章）<br>年 月 日                                                                                                                              |                         |  |  |              |                      | 乡镇（街道）民政办（盖章）<br>年 月 日                      |  |             |                |  |  |            |  |  |  |  |  |

## 申请人住院费用情况表

| 住院<br>次数 | 住院—出院<br>(月、日) | 医院名称 | 发票号 | 医疗费用 (元) |
|----------|----------------|------|-----|----------|
|          |                |      |     |          |
|          |                |      |     |          |
|          |                |      |     |          |
|          |                |      |     |          |
|          |                |      |     |          |
|          |                |      |     |          |
|          |                |      |     |          |
|          |                |      |     |          |
|          |                |      |     |          |
|          |                |      |     |          |
| 合计       |                |      |     |          |

注：(1) 本页由救助申请者填写当年因该救助病种住院的费用（含尿毒症、血友病门诊费用），已办理尿毒症、血友病门诊特殊病种的申请人可填写门诊特殊病种费用结算单的费用额。门诊发票如较多，可填写某时间段共几张发票，不必把发票号均列出。

(2) 县、设区市红会审核时如发现有误，请进行核实纠正，并补充相应证明材料。

福建省红十字城乡困难居民重特大疾病医疗救助申请表

|                                |                                                                                 |  |               |                        |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|------------------------|
| 县（区）<br>红十字会<br>初核意见           | 初核医疗总费用（元）                                                                      |  | 初核救助金（元）      |                        |
|                                | 申请人符合救助条件，提供申请材料真实有效。同意上报审批。<br>初核人签字：_____<br>（手机号）_____<br>（盖章）_____<br>年 月 日 |  |               |                        |
| 设区市<br>红十字会<br>复核意见            | 复核医疗总费用（元）                                                                      |  | 复核救助金（元）      |                        |
|                                | 经复核，申请人符合救助条件，资料齐全。同意上报审批。<br>复核人签字：_____<br>（手机号）_____<br>（盖章）_____<br>年 月 日   |  |               |                        |
| 省红十字会<br>大病救助<br>工作办公室<br>审核意见 | 同意予以救助。<br>审定医疗总费用：_____（元），核定救助金：_____（元）。                                     |  |               |                        |
|                                | 审核人签字：_____                                                                     |  | 审批人签字：_____   |                        |
|                                | 年 月 日                                                                           |  | 年 月 日         |                        |
|                                | 经审核，申请人不符合救助条件，不予救助。理由：_____<br>审核人签字：_____<br>年 月 日                            |  |               |                        |
|                                | 相关证明材料有疑义时填写下栏                                                                  |  |               |                        |
| 专家咨询<br>评审意见                   | _____<br>（签名）<br>年 月 日                                                          |  | 基金监督<br>委员会意见 | _____<br>（签名）<br>年 月 日 |

## 证明材料粘贴要求

申请人需提供以下材料同时按以下顺序编号并将左上角依次（正面朝前）粘贴于本表的粘贴处（复印纸以 A4 纸为标准）：

- ①本人身份证复印件（加盖县红十字会公章）；
- ②代办人身份证复印件（加盖县红十字会公章）；
- ③申请人与代办人关系证明（由户籍所在地村委或居委会或派出所开具）；
- ④申请人家庭情况相关证件复印件（加盖县红十字会公章）；
- ⑤本人银行活期存折复印件（加盖县红十字会公章）；
- ⑥本年度疾病诊断书（加盖县红十字会公章）；
- ⑦住院费用结算表及门诊特殊病种费用结算表。如有发票原件应整齐贴在 A4 纸上，一张 A4 纸最多贴 20 张发票；
- ⑧各次出院小结原件（加盖县红十字会公章的复印件）及本次住院发票原件（加盖报销部门公章或县红十字会公章的复印件）。

证明材料粘贴处