附件2

困难精神残疾人药费补助审批表

**徽州区\_\_\_\_\_\_乡镇\_\_\_\_\_\_村（社区）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 残疾人证号 |  |
| 经济状况 | □ 1.低保户 □ 2.家庭经济困难 |
| 医保情况 | □ 1.城乡居民基本医疗保险 □ 2.民政医疗救助 □ 3. 其他医疗保险□ 4.无医疗保险  |
| 银行账号或一卡通账号 | 开户行：账号： |
| 监护人姓名 |  | 与患者关系 |  | 联系电话 |  |
| 监护人承诺 | 一、保证药费补助金按规定使用；二、监护病情，督促病人按时服药、体检和复查；三、自觉履行监护职责，接受社会各界监督。监护人签名： 年 月 日 |
| 乡镇残联意见 | 审核人：公章年 月 日 |
| 区残联审批意见 | 审核人：公章年 月 日 |

注:本表由区残联存档。

附件3

困难精神残疾人药费补助汇总表

**徽州区\_\_\_\_\_\_乡镇 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 残疾人证号 | 监护人姓名 | 家庭住址 | 联系电话 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |