广西医疗救助零星结算申请表

（填写示范文本）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  基本情况 | 姓名 | | 李一 | 性别 | 男 | | 年龄 | 60 | | 身份证号码 | 450XXXXXXXXXXXXXXX |
| 家庭住址 | | XX县（区）XX街道XXX号 | | | | | | | 联系电话 | 137XXXXXXXX |
| 申请救助对象类别 | ☑城乡特困救助供养对象 □孤儿 □事实无人抚养儿童  □城乡低保对象（重残） □城乡低保对象（其他）  □城乡低保边缘对象 □地中海贫血患者 □脱贫不稳定人口  □返贫致贫人口 □县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员  □其他： | | | | | | | | | | |
| 申请救助金额 | | 门诊费用 | 发票张数  （原件或复印件） | | | X张 | | | 门诊合计  费用（元） | | XXXXX元 |
| 住院费用 | 发票张数  （原件或复印件） | | | X张 | | | 住院合计  费用（元） | | XXXXX元 |
| 银行卡或社保卡账号 | | | 6220XXXXXXXXX | | | | | | | | |
| 开户名 | | | 李一 | | | | | | | | |
| 开户行 | | | XX银行XX支行 | | | | | | | | |
| 申请人（代办人）签名 | | | 签名： 李四  （申请人与代办人关系）： 父子 202X年 X 月 X 日 | | | | | | | | |
| 备注 | | |  | | | | | | | | |