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 |  |