

涪川县2022年“防返贫”保险项目救助申请表

申请人姓名：		身份证号码：	
家庭住址：		联系电话	
救助类型：	<input type="checkbox"/> 罹患疾病需医疗救助 <input type="checkbox"/> 自然灾害或意外事故、突发公共事件导致人身伤亡需救助时 <input type="checkbox"/> 自然灾害或意外事故、突发公共事件导致需医疗费用救助时： <input type="checkbox"/> 因发生火灾、爆炸、自然灾害导致家庭财产损失需救助时： <input type="checkbox"/> 自然灾害导致基本生活困难需予以基本生活保障救助时 <input type="checkbox"/> 申请助学金	事故简述：	
需医疗救助时填写本栏：			
总医疗费用金额：_____元		医疗保险报销金额：_____元	
大病保险报销金额：_____元		民政救助金额：_____元	
商业保险报销金额：_____元		申请救助金额：_____元	
村级审核意见：		乡镇项目负责人审核意见：	
签章：_____ 时间： 年 月 日		签章：_____ 时间 年 月 日	
乡村振兴局审核意见：			
签章：_____ 时间： 年 月 日			
转账授权： 本人_____因_____现申请救助，请将救助资金支付至以下账户： 户名： 账号： 开户行： 该账户所有人与本人关系为_____			
申请人：_____ 年 月 日			