

附:

### 上海市长宁区医疗救助（事后救助）申请表

（此表单由街镇事务受理中心留存）

\_\_\_\_\_街道\_\_\_\_\_居委

姓名		身份证号码		联系电话	
户籍地址					
居住地址					
对象类别	<input type="checkbox"/> 城乡低保 <input type="checkbox"/> 城乡低收入 <input type="checkbox"/> 重残无业 <input type="checkbox"/> 散居孤儿 <input type="checkbox"/> 困境儿童 <input type="checkbox"/> 特殊救济 <input type="checkbox"/> 第 I 类因病支出型贫困 <input type="checkbox"/> 第 II 类因病支出型贫困				
开户银行			银行卡号		
本次申请救助费用类型	<input type="checkbox"/> 门急诊 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 门诊大病				
本次申请救助医疗费用发生时间			本次申请救助医疗费用票据张数		
本次申请救助医疗费用总额（元）					

申请人签名:

申请日期: