**附件1**

**编号：**

**省（自治区、直辖市） 年度**

**“明天计划”医疗资助申请审核表**

患儿姓名：

所属民政局（福利机构）：

填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 儿童照片 粘贴处 |
| 出生年月日 |  | 病情诊断 | |  | |
| 儿童户口类型 | □城镇户口 □农村户口 □其他（ ） | | | | |
| 儿童身份证号 |  | | 儿童是否  加入医保 | |  | |
| 所在省 |  | 所在市 |  | | 所属区、县  （福利机构） |  |
| 联系电话 （固定） |  | | 联系电话 （手机） | |  | |
| 监护人信息（非福利机构儿童填报）： | | | | | | |
| 监护人1  姓名 |  | | 与儿童关系 | |  | |
| 监护人1 身份证号码 |  | | | | | |
| 监护人2  姓名 |  | | 与儿童关系 | |  | |
| 监护人2 身份证号码 |  | | | | | |
| 申请原因 | 非福利机构儿童填报  监护人签字：  年 月 日 | | | | | |
| 申请资助金额 | 该儿童在 医院进行：□住院治疗、□康复、□体检，各项医疗康复费用共计： 元，其中：医保（或新农合）支付： 元；大病救助资助 元；社会慈善机构捐助： 元，现申请“明天计划”资助： 元。 | | | | | |
| 福利机构意见 | 对以上情况（□是□否）进行核查，（□是□否）属实，（□是□否）同意其申请“明天计划”资助。经医疗康复，对该儿童拟安置意向为：□国内收养、□涉外收养、□家庭寄养、□集中供养、□其他。  审批人：  （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 地方民政局意见：（非福利机构儿童填报，市级民政局意见根据省级“明天计划”办公室制定的工作程序确定是否填写） | | | | | | |
| 县级民政局意见 | 对以上情况（□是□否）进行核查，（□是□否）属实，（□是□否）同意其申请“明天计划”资助。  审批人：  （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 市级民政局意见 | 对以上情况（□是□否）进行核查，经查（□是□否）属实，（□是□否）同意其申请“明天计划”资助。  审批人：  （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 省级“明天计划”办公室意见 | 对以上情况（□是□否）进行核查，经查（□是□否）属实，（□是□否）同意其申请“明天计划”资助。  审批人：  （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |
| **身份证明材料黏贴处：**  **1.福利机构儿童提供患儿身份证（或户口本）复印件，公安机关出具的捡拾证明复印件。**  **2.非福利机构儿童提供患儿及监护人身份证（或户口本）复印件。** | | | | | | |
| **患儿治疗记录（包括出院小结、体检报告结论、康复末期评估等）黏贴处** | | | | | | |
| **患儿体检、医疗、康复票据黏贴处** | | | | | | |