广西危重孕产妇救助申请表

孕产妇姓名：

身份证号码：

联系手机：

户籍所在地： 省 (市、 区 ) 市 县 (市、区 )

乡镇 (街道办) 村 (社区)

配偶/亲属 (父母) 姓名：

身份证号码：

联系手机：

户籍所在地： 省 (市、 区 ) 市 县 (市、区 )

乡镇 (街道办) 村 (社区)

申报日期： 年 月 日

申 请 须 知

1.该项目申请对象为孕产妇为广西户籍或丈夫 ( 以结婚证为准) 为 广西户籍，在怀孕至产后42天内，在广西区内各级医疗保健机构住院抢 救的家庭经济困难的危重孕产妇。

2.本项目仅针对符合救助的危重孕产妇在广西区内各级医疗保健机 构住院抢救期间所产生的医疗费用个人负担的部分进行救助。

3.本申请表由危重孕产妇或家属 (包括配偶、孕产妇父母亲等) 负 责填报，并保证所有材料的真实性和完整性。

4.本申请表的递交并不代表可以获得救助， 申请材料一经递交不予 退回。

5.对申报材料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不 予救助。如已获救助，市级卫生健康行政部门保留依法追索救助款的权 利。

6.获得救助的申请人、监护人有责任和义务为配合项目宣传提供必 要的文字、照片、影像等材料，并同意使用申请人照片、影像等材料。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申请规定。

申请人或家属 (签名或按手印) ：

年 月 日

危重孕产妇基本信息及申请救助理由

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 危重孕产妇 姓 名 |  | 年龄 |  | 分娩  日期 |  | | 现住址 |  | |
| 工作单位 |  | | | | 年收入 | |  | | |
| 丈夫姓名 |  | 年龄 |  | 现住址 |  | | | | |
| 工作单位 |  | | | 年收入 |  | | | | |
| 家庭 总人口数 |  | 家庭年总收入 | |  | | 家庭年人均收入 | | |  |
| 户籍性质 | A.女方为广西户籍 B.男方为广西户籍 C.男女双方均为广西户籍 | | | | | | | | |
| 申请救助 理由 | 危重孕产妇或家属签字：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 危重孕产妇 医疗抢救 情况简述 | 1.危重孕产妇抢救时间： 年 月 日至 年 月 日  抢救医院： ;  诊断： ；  2.医疗费用情况：总费用： 元；  经医疗保险和其他补充医疗保险报销费用： 元； 剩余个人支付费用： 元。 | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 县级卫生健康 行政部门 初审意见 | (加盖单位公章)  负责人签字： 联系电话: 年 月 日 |
| 市级卫生健康 委审批意见 | 妇幼科负责人签字： 联系电话: 年 月 日 |
| 分管负责人签字： 年 月 日 |
| 市妇幼保健院 转账审核 | (加盖单位公章)  法人签字： 联系电话: 年 月 日 |