

附 件

石龙区精神障碍患者入院诊疗专项救助资金 使用申请表

患者姓名		性别		出生年月	
民族		身份证号			
监护人姓名		与患者关系			
联系电话		常住地址			
疾病诊断		入住医院			
入院时间		医保卡信息			
是否有商业保险		是否享受低保或特困供养			
监护人签名(印鉴):					
街道意见:					
(签 章) 年 月 日					

公安部门意见:

(签 章)
年 月 日

残联部门意见:

(签 章)
年 月 日

卫健部门意见:

(签 章)
年 月 日

政府主管领导意见:

(签 章)
年 月 日