**附件1**

**2018年河南省贫困妇女“两癌”救助金申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 年 龄 | | |  | 婚姻状况 | | | |  | | 近期一寸  免冠照片 | |
| 是 否  农业户口 | |  | 家庭人口 | | |  | 年人均纯收入（元） | | | |  | |
| 贫困状况 | |  | 家庭住址 | | |  | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | 身份证号 | | |  | | | |
| 参加免费  检查时间 | |  | | | 患病名称 | | | |  | | | 患病程度 | |  |
| 确诊时间 | |  | | | 确诊医院 | | |  | | | | 医院级别 | |  |
| 实际治疗  费用（元） | |  | | | 新农合  报销金额 | | |  | | | | 报销比例 | |  |
| 家庭成员情况 | 与申请人关系 | 姓名 | 性别 | | 年龄 | | | 职业 | | | | 年收入（元） | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
| 申请理由：  申请人签名（加摁手印）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 村（居）委会意见：    （签章）  年 月 日 | | | | 乡（镇、办）意见：    （签章）  年 月 日 | | | | | | 县（市、区）妇联意见：    （签章）  年 月 日 | | | | |

说明：1．贫困状况一栏填写建档立卡贫困户、低保户、两者都是（既是建档立卡贫困户又是低保户）、其它。

2．家庭住址填写XX县（市、区）XX乡（镇、办）XX村（居）委会。