附件

坪山区户籍精神障碍患者住院救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | **婚姻状况** |  |
| **残疾类型** |  | **残疾等级** |  | **残疾证号** |  |
| **家庭住址** |  | **救治医院** |  |
| **监 护 人** |  | **与申请人关系** |  | **手 机** |  |
| **银行账号** |  | **开户银行** |  | **开户人** |  |
| **申请人填写** | 申请理由 | □病情突发□病情复发□病情加重□其它 |
| **本人保证提交申请的材料真实、客观，无伪造、编造、变造、篡改和隐瞒等虚假内容，否则，本人自愿退回已领取的补贴，2年内不再提交补贴申请，并承担由此产生的一切后果。**申请人（签字）：  |
| **社区/窗口****初审意见** | 初审人签字：（盖章）年 月 日 | **街道残联****审核意见** | 审核人签字：（盖章）年 月 日 |
| **区残联****审批意见** | 审批人签字：（盖章） 年 月 日 |
| **备注** |  |