**先天性肾上腺皮质增生症(CAH)医疗救助专项申请表**

患儿生活照片

患儿姓名： 性别： 出生日期： 年 月 日

通信地址： 省 市（县）

患儿家属联系电话：

申报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患儿信息 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 | 年 月 日 |
| 户籍 |  | 民族 |  | 身份证号码 |  |
| 监护人信息 | 姓名 |  | 与患儿关系 |  | 身份证号码 |  |
| 职业 |  | 工作单位 |  |
| 联系电话 |  | 家庭住址 |  |
| 现住址 |  |
| 患儿病情简述及治疗历史记录（家长填写） | (患病时间、确诊医院、医疗诊断、已治疗内容及时间、家庭经济情况、有无其他社会救助等）（可附页） |
| 入院时间 |  年 月 日 |
| 已产生的治疗费用 | 元 | 家庭自筹 | 元 | 医疗费用缺口 | 元 |
| 医保类型 | □新农合 □城市居民医保 □新生儿医保 □商业保险 □其他： □无 原因: |
| 报销比例 |  % | 报 销 上 限 | 元 |
| 最近报销时间 | 年 月 日 | 最近报销金额 | 元 |
| 其它社会救助 | □政府： 金额： 元□救助机构： 金额： 元□其他： 金额： 元 |
| **所需证明材料** |
| □ 1.《申请表》原件□ 2.患儿出生医学证明---复印件□ 3.患儿监护人的身份证正反面---复印件□ 4.患儿家庭成员的户口本 ---复印件□ 5.家庭经济困难证明---原件或低保户证件证明---复印件（备注：城镇户口——居委会、街道办事处盖章非城镇户口——村委会、乡（镇）政府盖章）□ 6.医学诊断证明书或住院患者在院证明（须有医院盖章）---复印件□ 7.医生病情说明以下由工作人员填写：材料签收人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签收时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **本人自愿申请深圳市儿童医院先天性肾上腺皮质增生症(CAH)贫困儿童医疗救助专项，保证本申请书资料真实有效，并自愿遵守疾病基金的有关规定，因违反规定而造成的损失和后果，本人愿意承担一切责任。**申请人或监护人签名：　　　　年月日 |