



福昕PDF编辑器

· 永久 · 轻巧 · 自由

升级会员

批量购买



永久使用

无限制使用次数



极速轻巧

超低资源占用，告别卡顿慢



自由编辑

享受Word一样的编辑自由



扫一扫，关注公众号



福昕PDF编辑器

· 永久 · 轻巧 · 自由

升级会员

批量购买



永久使用

无限制使用次数



极速轻巧

超低资源占用，告别卡顿慢



自由编辑

享受Word一样的编辑自由



扫一扫，关注公众号

附件

先天性结构畸形救助项目方案

为减少先天性结构畸形所致残疾，推进健康扶贫工程，国家卫生计生委妇幼司、中国出生缺陷干预救助基金会（以下简称基金会）于 2017 年启动实施先天性结构畸形救助项目。项目主要针对发病率相对较高、有成熟干预技术、治疗效果好的先天性结构畸形，为患儿提供医疗费用补助，减轻患儿家庭医疗负担。为确保项目顺利实施，特制订本方案。

一、项目目标

- （一）普及先天性结构畸形防治知识，提高公众优生意识。
- （二）减轻贫困患儿家庭医疗负担，促进先天性结构畸形早诊断、早治疗，减少先天性结构畸形所致残疾。

二、项目内容

- （一）以先天性结构畸形为重点，开展出生缺陷防治社会宣传和健康教育。
- （二）开展人员培训和业务指导。
- （三）为符合救助条件的患儿提供医疗费用补助。

三、救助对象及补助标准

- （一）**救助对象。** 申请救助的患儿需同时满足下列条件：
 1. 临床诊断患有下列 6 类先天性结构畸形疾病：
 - ① 神经系统先天性畸形；
 - ② 消化系统先天性畸形；

- ③泌尿系统及生殖器官先天性畸形;
- ④肌肉骨骼系统先天性畸形;
- ⑤呼吸系统先天性畸形;
- ⑥五官严重先天性结构畸形。

具体病种详见附 1。

2. 年龄 18 周岁以下 (含)。

3. 家庭经济困难, 能够提供低保证、低收入证、建档立卡贫困户证明或村(居)委会等开具的贫困证明(附 2)。

4. 在项目定点医疗机构接受诊断、手术、治疗和康复。

5. 医疗费用自付部分超过 3000 元(含)。

(二) 医疗费用补助范围。药费、床位费、诊查费、检查费、放射费、检验费、治疗费、手术费、输血费、护理费、材料费、输氧费等。

(三) 补助标准。对患儿申请救助日期的上一年度 1 月 1 日(含)之后, 在定点医疗机构的诊断、手术、治疗和康复医疗费用给予补助。项目根据患儿医疗费用报销之后的自付部分, 一次性给予 3000 元-30000 元补助。每位患儿具体补助标准如下:

1. 自付部分超过 3000 元(含)、小于 4000 元的, 补助额度为 3000 元。

2. 自付部分超过 4000 元(含)的, 按自付费用的 75%予以补助, 最高补助额度为 30000 元(含)。

对同一患儿同一疾病分次申请救助的, 或同一患儿不同疾病分别申请救助的, 项目只补助一次。

四、实施程序

（一）确定省级项目管理机构。各省（区、市）指定 1 个定点医疗机构或其他适宜的单位作为省级项目管理机构，承担项目具体管理工作。

（二）确定定点医疗机构。每省（区、市）确定 5-10 个项目定点医疗机构，为符合条件的患儿提供诊断、手术、治疗和康复服务，并承担医疗费用补助相关工作。《先天性结构畸形救助项目定点医疗机构申请表》（附 3）。定点医疗机构应具备以下基本条件：

1. 原则上应为三级甲等儿童医院或综合性医院、妇幼保健院；
2. 在先天性结构畸形的诊断、手术、治疗和康复等方面技术水平高、专业特长突出，人才队伍、设施设备健全；
3. 社会声誉良好，近三年未受到行政处分，无造成严重社会不良影响的事件；
4. 领导班子重视出生缺陷防治公益事业，能够提供项目所需的人、财、物保障；相关科室积极性高，愿意承担先天性结构畸形救助项目工作。

各省（区、市）根据救助患儿任务数、医疗机构分布和救治能力等因素合理确定定点医疗机构数量。可根据项目任务落实情况，对省级项目管理机构和定点医疗机构实行动态调整，调整后的机构名单应及时报妇幼司和基金会备案。

（三）救助流程。

1. **提出申请。**患儿法定监护人提出医疗费用救助申请，填

写《先天性结构畸形救助项目个人申请表》(附4),交至患儿曾经接受诊断、手术、治疗和康复的定点医疗机构,并按《申请表》要求提供下列相关材料。

①身份证明材料。证明患儿与其法定监护人关系的户口簿和身份证复印件,或者其他证明监护关系的材料原件。

②疾病和治疗证明材料。定点医疗机构出具的患儿病情诊断证明、住院首页及病历、出院记录、相关医学影像资料报告单原件(或加盖医院公章的复印件)。如有门(急)诊自付费应用一并提供门(急)诊记录。

③家庭经济困难证明。低保证、低收入证、建档立卡贫困户证明材料复印件,或村(居)委会等出具的贫困证明材料原件。

2. 初审及信息录入。定点医疗机构接收申请材料,其中的证明材料复印件须当场与原件核对无误并加盖本单位章。定点医疗机构对申请材料进行初审,将通过初审的材料及时报送省级项目管理机构。初审未通过的,定点医疗机构通知患儿法定监护人,法定监护人可补充材料再次申请。初审需在10个工作日内完成。

定点医疗机构要及时将通过初审的申请材料录入“先天性结构畸形救助项目管理信息系统”(<http://jzzl.csqx.org.cn>),提交省级项目管理机构。

3. 省级复审。省级项目管理机构定期组织专家,对定点医疗机构报送的患儿申请材料进行复审,填写《先天性结构畸形救助项目受助对象复审合格名单》(附5),连同患儿申请材料

报送基金会。复审未通过的，省级项目管理机构应及时告知定点医疗机构反馈患儿法定监护人。

参加复审的专家组总人数应在 7 人以上。对每类疾病的复审需相关专家 3 人以上，超过半数同意即为评审通过。

4. 基金会复核及公示。基金会对各省报送的患儿申请材料进行复核，定期将通过复核的患儿名单在官方网站公示。

5. 发放受助对象回执单。基金会将经公示无异议的患儿名单返回各省（区、市），由省级项目管理机构通知相应的定点医疗机构。定点医疗机构向患儿监护人发放并指导填写《先天性结构畸形救助项目受助对象回执单》（附 6）。

监护人向定点医疗机构提交回执单、合规的医疗收费票据原件、患儿或其监护人的银行卡或存折信息。具体要求详见回执单相关规定。

定点医疗机构将患儿监护人提交的回执单及相关材料报送省级项目管理机构，经由省级项目管理机构审核后报送基金会。

6. 拨付救助款项。基金会对患儿所有资料及医疗收费票据进行审核确认无误后，核定医疗费用补助金额，向受助患儿或其监护人银行账户拨付相应救助金，并向省级项目管理机构反馈受助患儿名单及金额。

7. 回访。定点医疗机构在基金会拨出救助金 10 个工作日内，对受助患儿监护人进行回访，填写《先天性结构畸形救助项目受助对象回访情况登记表》（附 7），了解救助金到位、患儿康复和满意度等情况，并将回访信息录入项目管理信息系统。

（四）项目信息收集。省级项目管理机构应于每年 1 月 20 日前将上一年度全省《先天性结构畸形救助项目受助对象回访情况登记表》（附 7）、《先天性结构畸形救助项目受助个人情况登记表》（附 8）、《先天性结构畸形救助项目救助人数汇总表》（附 9）及年度总结报告报本省（区、市）卫生计生委妇幼处和基金会。基金会于每年 1 月 30 日前将上年度项目总结报告报妇幼司。

五、组织与管理

（一）组织实施单位及职责。

国家卫生计生委妇幼司负责项目组织管理，统筹确定实施区域和工作安排，组织协调专家开展人员培训和技术指导，对项目总体执行情况进行督导检查。

基金会负责项目具体实施，以先天性结构畸形为重点，开展出生缺陷防治知识及项目宣传，与定点医疗机构和省级项目管理机构签署合作协议，复核患儿申请材料，核定救助患儿名单和救助金额，拨付救助金，对项目执行情况进行督导检查，对患儿救助工作进度进行统计汇总。基金会与省级项目管理机构和定点医疗机构签订合作协议。

省级卫生计生委妇幼处负责辖区内项目组织实施，制定具体实施方案，组建省级专家组，确定省级项目管理机构、定点医疗机构，报国家卫生计生委妇幼司和基金会备案。组织开展项目宣传、人员培训和业务指导，定期开展督导检查。

省级项目管理机构负责开展项目宣传、人员培训、业务指

导和项目管理,对患儿申请材料进行复审,保存相关资料档案。省级项目管理机构应每月5日前向本省(区、市)卫生计生委妇幼处和基金会报送上月项目进展报告(附件10),

定点医疗机构负责开展项目宣传,对患儿申请材料进行初审和信息录入,及时对受助患儿进行回访及满意度调查。接受省级卫生计生委和项目管理机构的管理和业务指导。

省级项目管理机构和定点医疗机构要成立项目工作领导小组和办公室,实行专人负责、专项管理。

(二) 经费管理。

先天性结构畸形救助项目所需资金由中央专项彩票公益金全额支持。患儿救助金由基金会直接拨付患儿或其监护人银行账户。基金会向省级项目管理机构拨付管理经费,用于开展项目宣传、人员培训、资料审核和录入、专家评审、数据整理和分析、救助情况回访、督导检查、资料存档等工作。鼓励地方配套项目管理经费和患儿医疗救助资金,探索建立科学有效的患儿救助长效机制。

项目经费管理遵循《中央专项彩票公益金支持出生缺陷干预救助项目管理办法》、《中央和国家机关会议费管理办法》、《中央和国家机关培训费管理办法》及其他相关规定。

- 附: 1. 先天性结构畸形救助项目救助病种名单
2. 家庭贫困证明
3. 先天性结构畸形救助项目定点医疗机构申请表

4. 先天性结构畸形救助项目个人申请表
5. 先天性结构畸形救助项目受助对象复审合格名单
6. 先天性结构畸形救助项目受助对象回执单
7. 先天性结构畸形救助项目受助对象回访情况登记表
8. 先天性结构畸形救助项目受助个人情况登记表
9. 先天性结构畸形救助项目救助人数汇总表
10. 先天性结构畸形救助项目月度进展报告

附 1

先天性结构畸形救助项目病种名单

包括六大类先天性结构畸形：①神经系统先天性畸形；②消化系统先天性畸形；③泌尿系统及生殖器官先天性畸形；④五官严重结构畸形；⑤肌肉骨骼系统先天性畸形；⑥呼吸系统先天性畸形。具体病种及其对应ICD-10编码如下：

表1 神经系统先天性畸形

序号	疾病名称	ICD-10 编码
1	脑膨出	Q01
2	先天性脑积水	Q03
3	脊柱裂（包括脊髓栓系）	Q05
4	脊髓的其他先天性畸形	Q06
5	颅骨缝早闭	Q75.0
6	长头	Q67.2
7	阿-基氏综合征	Q07.0

表2 消化系统先天性畸形

序号	疾病名称	ICD-10 编码
8	门静脉连接异常	Q26.5
9	门静脉-肝动脉痿	Q26.6
10	食管先天性畸形	Q39

11	先天性肥大性幽门狭窄	Q40.0
12	先天性裂孔疝	Q40.1
13	小肠先天性缺如、闭锁和狭窄	Q41
14	大肠先天性缺如、闭锁和狭窄	Q42
15	麦克尔憩室	Q43.0
16	先天无神经节性巨结肠[赫希施斯普龙病]	Q43.1
17	先天性肠固定畸形	Q43.3
18	双重肠	Q43.4
19	异位肛门	Q43.5
20	直肠和肛门先天性瘻	Q43.6
21	泄殖腔存留	Q43.7
22	胆管闭锁	Q44.2
23	胆总管囊肿	Q44.4
24	环状胰腺	Q45.1

表3 泌尿系统及生殖器官先天性畸形

序号	疾病名称	ICD-10 编码
25	先天性无阴道	Q52.0
26	隐睾	Q53.903
27	尿道下裂	Q54
28	阴茎屈曲畸形	Q55.601
29	性别不清和假两性同体	Q56
30	肾缺如和肾的其他萎缩性缺陷	Q60
31	囊性肾病	Q61
32	先天性肾盂积水	Q62.0

33	先天性巨输尿管	Q62.2
34	先天性输尿管畸形	Q62.801
35	先天性膀胱-输尿管-肾反流	Q62.7
36	分成小叶的、融合的和马蹄形肾	Q63.1
37	异位肾	Q63.2
38	尿道上裂	Q64.0
39	膀胱外翻	Q64.1
40	先天性后尿道瓣	Q64.2
41	脐尿管畸形	Q64.4
42	膀胱先天性憩室	Q64.6
43	膀胱和尿道的其他先天性畸形	Q64.7

表4 肌肉骨骼系统先天畸形

序号	疾病名称	ICD-10 编码
44	髌先天性变形	Q65
45	马蹄内翻足	Q66.0
46	脊柱先天性变形	Q67.5
47	先天性漏斗胸	Q67.601
48	先天性鸡胸	Q67.7
49	胸的其他先天性变形	Q67.8
50	胸锁乳突肌先天性变形	Q68.0
51	手先天性变形	Q68.103
52	膝先天性变形	Q68.2
53	多指(趾)	Q69
54	并指(趾)	Q70
55	膝先天性畸形	Q74.1

56	脊柱及骨性胸廓先天性畸形	Q76
57	骨软骨发育不良，伴有管状骨和脊柱的发育缺陷	Q77
58	先天性膈疝	Q79.0
59	膈的其他先天性畸形	Q79.1
60	脐突出	Q79.2
61	腹裂	Q79.3

表5 呼吸系统先天畸形

序号	疾病名称	ICD-10 编码
62	喉先天性畸形	Q31
63	气管和支气管先天性畸形	Q32
64	肺先天性畸形	Q33
65	纵隔先天性囊肿	Q34.1
66	甲状舌管囊肿	Q89.202

表6 五官严重结构畸形

序号	疾病名称	ICD-10 编码
67	引起听力缺陷的耳先天性畸形	Q16
68	耳前的窦道和囊肿	Q18.1
69	鼻后孔闭锁	Q30.0
70	腭裂	Q35
71	唇裂	Q36
72	腭裂，伴有唇裂	Q37

附 2

家庭贫困证明

兹有我社区（村委会）居民（村民）_____（患儿监护人姓名），身份证号_____，家庭住址_____，家庭人口共_____人，家庭年收入为_____元，人均年收入_____元，家庭经济困难。其子/女_____（患儿姓名），身份证号_____，患有_____（疾病名称），已在_____（医院名称）接受治疗。因治疗费用相对较高，现向中国出生缺陷干预救助基金会申请先天性结构畸形救助项目医疗救助金。

以上所述属实，特此证明。

村（居）委会所在地：_____省（区、市）_____市（州）_____县（市、区）

村（居）委会经办人签字：

联系电话：

（盖章）

年 月 日

附 3

先天性结构畸形救助项目 定点医疗机构申请表

单位名称_____

单位地址_____

法人代表_____

联系人及电话_____

填表日期_____

中国出生缺陷干预救助基金会
二〇一八年

填写须知

1. 严格按报表设定的格式、所列标题如实、认真填写，不得自行增删报表栏目。
2. 上报报表打印为 A4 复印纸，左侧装订成册。表内文字统一用 5 号宋体。
3. 在相应的选项内划“√”，有些选项可多选。
4. 申请单位应对所提供材料的真实性负责，由单位负责人签字，加盖单位公章后报出。
5. 申请表中要求提供的其他文字性说明材料和照片均应与申请表一并双面打印装订成册。

一、基本信息						
单位名称						
详细地址						
通讯地址					邮政编码	
法人代表		联系人		固定电话		
移动电话		传真		联系邮箱		
二、申请单位医疗级别： _____						
三、是否有相对独立的小儿外科： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>						
四、每年各科室独立完成儿童先天性结构畸形诊疗手术总计例数： _____						
五、基本情况（包括：申请单位简介、申请单位特色、创建发展历程、法人单位证书复印件等）						

六、简要描述医院能够进行先天性结构畸形诊疗及救助的设施设备、手术器械、技术梯队情况，以及是否具备诊疗处置能力、全身并发症处理、综合抢救能力等情况。

七、在先天性结构畸形诊疗、救助方面的主要成绩和经验。

八、申请单位意见

负责人签字:

单位: (盖章)

年 月 日

九、省(区、市)卫生计生委意见

单位: (盖章)

年 月 日

附 4

先天性结构畸形救助项目个人申请表

申请人治疗前后照片

申请人姓名：_____ 性别：____ 出生年月日：_____

监护人姓名：_____ 与申请人关系：_____

监护人身份证号码：_____

家庭电话：_____

手机：_____（请务必提供正确的联系方式，以便后续沟通）

户籍所在地：_____省（市、区）_____市（州）_____县（市、
区）_____乡（镇）村

通讯地址：_____

邮编：_____

申请日期：_____年____月____日

申请须知

1. 本申请表由中国出生缺陷干预救助基金会（以下简称基金会）制作并负责解释。
2. 项目申请对象为**18周岁以下（含）、家庭贫困、临床确诊为先天性结构畸形的患儿**。
3. 本项目仅针对患儿救助申请日期的上一年度1月1日（含）以后在项目定点医疗机构产生的医疗费用进行补助。
4. 本申请表由申请人法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。
5. 为保证治疗效果和项目真实性，申请人须已在项目定点医疗机构接收诊断、手术或相关治疗，并通过项目定点医疗机构进行申请。
6. 本申请表的递交并不**代表可以获得救助**，申请资料一经递交**不予退回**。
7. 先天性结构畸形救助项目对符合救助要求的先天性结构畸形患儿为**一次性救助**，对已获得一次救助的患儿**不受理重复申请**。**社会定向捐助的患儿除外**。
8. 对申请资料中出现的**虚假、伪造、隐瞒**等行为，**一经发现，将不予救助**；如已获救助，基金会保留依法追索救助金的权利。
9. 申请人在医疗过程中可能出现的医疗风险，由医患双方自行处理，基金会**不承担任何责任**。
10. **获得救助的申请人监护人有责任和义务配合基金提供必要的文字、照片、影像等宣传资料，并同意使用申请人照片、影像等资料。**

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/并其监护人（签名或按手印）：

年 月 日

申请人基本信息及申请救助理由

申请人姓名		性别		出生年月日		民族	
家庭成员 情况	姓名	年龄	与申请人关系	身份证号	工作或学习 单位		
家庭经济 状况	户籍性质	A. 农业 B. 非农业		家庭人口总数			
	主要收入 来源						
	家庭年收入 (元)			人均年收入 (元)			
申请救助 理由	<p>申请人或其监护人签名：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>						

申请人医疗情况简述

1. 申请人确诊时间：_____年____月____日
确诊医院：_____；确诊病名：_____；
2. 治疗所在医疗机构名称：_____，治疗效果：_____；
3. 治疗时间：_____年____月____日至_____年____月____日；
4. 治疗期间费用总额：_____元；其中家庭自付费用：_____元；
5. 申请人是否有医疗保险（须如实填写）？如有，具体报销比例是多少？

申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料

1. **身份证明材料：**证明申请人与其法定监护人关系的户口簿和身份证复印件。如户口簿无法证实监护关系的，须提供申请人出生医学证明复印件，或户籍地派出所开具的监护关系证明原件及申请人近期照片。孤儿需提供当地民政局或福利院证明原件。
2. **病情和治疗证明材料：**定点医疗机构出具的患儿病情诊断证明、住院首页及病历、出院记录、相关医学影像资料报告单原件（或加盖医院章的复印件），如有门（急）诊自付费用应一并提供门（急）诊记录。
3. **家庭经济贫困证明材料：**村（居）委会等出具的贫困证明原件，或低保证、低收入证、建档立卡贫困户证明材料复印件（由定点医疗机构核查原件）。
4. **以上证明材料另附，**与本申请表一起申请。如需留存请自行复印备份。

评审单位意见

初审意见	联系电话： (定点医疗机构盖章) 经办人签字： 年 月 日
专家复审意见	联系电话： (项目管理机构盖章) 经办人签字： 年 月 日
复核意见	联系电话： (基金会盖章) 经办人签字： 年 月 日

先天性结构畸形救助项目 受助对象回执单

_____ (受助对象姓名):

国家卫生计生委妇幼司、中国出生缺陷干预救助基金会(以下简称基金会)于2017年启动实施先天性结构畸形救助项目。项目主要针对发病率相对较高、有成熟干预技术、治疗效果好的先天性结构畸形,为患儿提供医疗费用补助,减轻患儿家庭医疗负担。

您的申请经定点医疗机构初审及项目管理机构复审,结果为评审通过,为帮助您顺利办理补助手续,现告知您如下事项:

1. 本项目对申请人提出救助申请日期的上一年度1月1日(含)以后,在定点医疗机构的诊断、手术、治疗和康复医疗费用给予补助。依据患儿医疗费用家庭自付情况,一次性给予3000元-30000元补助,每位患儿具体补助标准如下:

(1) 自付费用超过3000元(含)、小于4000元的,医疗费用补助标准为3000元。

(2) 自付费用超过4000元(含)的,按自付费用的75%予以补助,最高补助额为30000元(含)。

2. 您必须保证此前所提供的求助资料的真实性,若存在虚假、伪造或隐瞒等行为,通过核实后将不予救助,并进行通报,纳入失信名单。

3. 本项目原则上为一次性救助,同一申请人只有一次获得救助的机会,本次救助后将不再接受重复申请。

4. 终止救助

(1) 如发现申请人隐瞒实际情况,或提供虚假、伪造材料的,终止救助;

(2) 家庭自付部分金额不足3000元的终止救助。

5. 项目只在医疗费用上予以补助,不承担治疗效果、医疗风险等方面的责任,任何医患之间的法律纠纷将由医患双方自行解决。

6. 为便于接受社会监督,国家卫生计生委妇幼司和基金会可根据工作需要,通过媒体对外公布受助申请人的基本情况。

7. 通过复审并公示无异议后,申请人监护人须通过项目定点医疗

机构向项目管理机构提交以下资料：

(1) 监护人签字并按手印（拇指或食指手印）后的《先天性结构畸形救助项目受助患儿回执单》一份。

(2) 申请人治疗前后照片（可提供电子版）。

(3) 合规的医疗票据，包括住院医疗票据或门（急）诊医疗票据。具体要求如下：

①没有参加任何医疗保险的申请人，直接提供医疗票据原件，收据上无收费明细的需同时提供明细清单。

②参加“新农合”、“城镇医保”或其他商业保险的患儿，且就治医院可办理医保实时结算报销的，由申请人提供报销后的原始票据；如就治医院无法办理医保实时结算报销的，由申请人先到相关部门报销，报销后提供报销补偿单原件（报销部门需要留存原件的，应提供加盖报销部门公章的复印件）及加盖有报销部门公章的医疗票据复印件，医疗票据上无收费明细的需同时提供明细清单。

③请申请人的监护人以申请人名字办理一张银行卡或存折，提供银行卡或存折首页复印件及申请人户口簿复印件。或者提供监护人银行卡或存折首页复印件，以及与申请人的监护关系证明（户口簿复印件或其他可证明监护关系的证明）。

8. 请填写《回执单》，连同上述第7条所列资料，通过定点医疗机构报送至省级项目管理机构，经由省级项目管理机构审核后寄送至基金会。

9. 回执单及以上相关资料由基金会进行审核确认无误后，向申请人提交的银行账户里拨付相应的救助金，并向省级项目管理机构反馈受助患儿名单及金额。

10. 本项目仅针对申请人在**申请救助之日**的上一年度1月1日(含)以后产生的**医疗费用**进行救助，患儿需提供的医疗票据必须在此时间范围内。

11. 患儿在收到救助金后，请您及时告知所在地项目定点医疗机构，并有义务配合相关宣传、回访等工作。

（定点医疗机构盖章）

年 月 日

回执单

中国出生缺陷干预救助基金会：

我是申请人_____的监护人_____（与申请人关系：_____），身份证号：_____，我的联系方式：_____（必填）。现已知悉并同意《先天性结构畸形救助项目受助对象回执单》内容。申请人患有_____（疾病名称），于_____年___月___日至_____年___月___日在定点医疗机构（医院名称）_____接受了诊断/手术/治疗/康复，医疗费用共计_____元，经基本医保、大病救助等报销后自付部分_____元，预计补助金额为_____元（最终补助金额以基金会审核后实际拨付金额为准），请将救助金汇入下列账户：

户名：_____，

开户行：（银行分行支行）_____，

卡号或存折账号：_____。

申请人监护人签字（按手印）：

年 月 日

上述申请人提交的有效发票金额为_____元，经基本医保、大病救助等报销后自付金额为_____元，最终补助金额为_____元。经审核、复核准确无误。

审核人签字：_____年 月 日

复核人签字：_____年 月 日