附件1

广州市农村残疾人参加新型农村合作医疗

缴费资助申请表

        区（市）         街道（镇）      村            年度

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | 男 □女 □ | | | 民 族 | | | |  |
| 出 生  年 月 |  | 身 份  证 号 |  | | | | | | | |
| 家 庭  地 址 |  | | | | | | | | | |
| 残 疾  证 号 |  | | 联系  电话 |  | | | 邮政  编码 | |  | |
| 残 疾  类 别 | 1.视力□ 2.听力□ 3.肢体□ 4.智力□ 5.精神□ 6.言语□ | | | | | | | | | |
| 家 庭  经 济  情 况 | 1.家庭人均收入低于当地城乡居民  最低生活保障线                 □  2.农村领取社会救济金             □  3.家庭经济困难                   □ | | | | 户 口  类 别 | | | 农业户口    □  非农业户口 □ | | |
| 申请资 助金额 | | |  | | |
| 享受医疗保险情况 | 1.享受城镇职工基本医疗 □          2.享受农村合作医疗 □  3.享受医疗资助 □   4.享受其他医疗保险 □    5.无医疗保险 □ | | | | | | | | | |
| 个人或  监护人  申 请 | 申请人：                                  日 期： | | | | | | | | | |
| 村委会  意 见 | 审核人：：                                  公 章：                                  日 期： | | | | | | | | | |
| 镇（街道）意 见 | 审核人：            公 章：            日  期： | | | | | | | | | |
| 区（县级市）残联  审 批  意 见 | 审批人：                                  公 章：                                  日 期： | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：本表一式二份，由区（县级市）农村合作医疗经办机构和残联各保存一份。

附件2

广州市农村残疾人参加新型农村合作医疗缴费资助汇总表

（二○\_\_\_\_\_\_年）

填报单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 民族 | 身份证号 | 残疾类别 | 残疾证号 | 家 庭 地 址 | 资助金额（元） | 备 注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

                                        填报人：            电话：             填报时间：

说明：本表由区（县级市）残联于每年10月15日前填写，一式四份，自存一份，其余分别报送区（县级市）农村合作医疗经办机构、区（县级市）财政局和市残联。

附件3

广州市农村残疾人参加新型农村合作医疗缴费资助情况统计表

（二○\_\_\_\_\_\_年）

填报单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 地区        项目 | 合作医疗缴费资助人数（人） | 合作医疗个人承担标准（元） | 市级财政应负担金额（元） | 备 注 |
| 白云区 |  |  |  |  |
| 花都区 |  |  |  |  |
| 番禺区 |  |  |  |  |
| 南沙区 |  |  |  |  |
| 萝岗区 |  |  |  |  |
| 从化市 |  |  |  |  |
| 增城市 |  |  |  |  |
| 总计数 |  |  |  |  |

                                     填报人：                  电话：           填报时间：

说明：本表由广州市残联于每年11月15日前填写，一式二份，自存一份，报送广州市财政局一份。

附件4

广州市参加新型农村合作医疗残疾人康复资助申请表

       区（市）        街道（镇）      村             年度

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | | 民族 |  | | | |
| 出 生  年 月 |  | 身 份  证 号 |  | | | | | | | |
| 家 庭  地 址 |  | | | | | | | | | |
| 残 疾  证 号 |  | 残疾类别和程度 | |  | | | | | 联系  电话 |  |
| 救助对象类别 | 低保□　低收入□　经济困难□ 重度残疾□ 五保户□  政府供养□ | | | | | | | | | |
| 享受医疗保险类别 | 城镇职工基本医疗□ 农村合作医疗□  困难群众医疗救助□ 城镇居民基本医疗保险□  其他医疗保险 □    无医疗保险 □ | | | | | | | | | |
| 申请资助项目 | 医疗康复类  精神病专科门诊□ 重症精神病患者住院治疗□  残疾矫治手术□   手术名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  机构康复训练类  0-14岁在训听力语言残疾儿童语言训练□  肢体残疾人康复训练□  0-14岁脑瘫儿童康复训练□ 0-14岁智力儿童康复训练□  0-14岁在学孤独症儿童康复训练□  辅助器具资助类  聋人配置助听器；左耳□右耳□；矫形器□ 类别：\_\_\_\_\_\_\_\_\_  麻风畸残配置防护用品、辅助器具□  肢体残疾人装配假肢大腿□、小腿□、左□、右□  残疾人辅助用具配置□   类别：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| 申请资助时间长度 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_个月 | | | | 申请资助总额（元） | | |  | | |
| 个人或  监护人  申 请 | 申请人：                       日 期： | | | | | | | | | |
| 镇、街道残联审 核  意 见 | 审核人：                       公 章：                       日 期： | | | | | | | | | |
| 区、县级市残联审批意 见 | 综合意见：            同意资助项目：    同意资助时间\_\_\_\_\_个月    同意资助总额（元）：                         审批人：                       公 章：                       日 期： | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：本表一式二份，由区、县级市残联和申请资助对象各存一份。

附件5

广州市参加新型农村合作医疗残疾人康复资助结算表

（二○\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月）

填报单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 民族 | 身份证号 | 残疾类别 | 救助项目 | 残疾证号 | 实补助金额（元） | 备 注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合      计 | | | | | | | |  |  |

                                        填报人：             电话：             填报时间：

说明：此表由康复机构于每月结束后15天内填写，一式三份，自存一份，报送区（县级市）农村合作医疗经办机构和区（县级市）残联各一份。

附件6

广州市参加新型农村合作医疗残疾人康复资助支出情况表

（二○\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月）

填报单位（盖章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 资助项目 | 资助数量（例） | 资助金额（元） | 备 注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合      计 |  |  |  |
|  |  |  |  |

                                     填报人：             电话：             填报时间：

说明：此表由区（县级市）农村合作医疗经办机构于每月结束后10天内填写，一式二份，自存一份，报送区（县级市）残联一份。

附件7

广州市参加新型农村合作医疗残疾人康复资助汇总表

（二○\_\_\_\_\_\_年第\_\_\_\_\_季度）

填报单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 资助项目 | 资助数量（例） | 资助金额（元） | 区（县级市）财政负担金额（元） | 备 注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合      计 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

                填报人：             电话：             填报时间：

说明：此表由区（县级市）残联于每季度结束后20天内填写，一式三份，自存一份，分别报送区（县级市）财政局和市残联。

附件8

广州市参加新型农村合作医疗残疾人康复资助情况统计表

填报单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地    区    项    目 | 白云区 | | 番禺区 | | 花都区 | | 南沙区 | | 萝岗区 | | 从化市 | | 增城市 | | 市财政负担  金额（元） | 备注 |
| 例数 | 金额（元） | 例数 | 金额（元） | 例数 | 金额（元） | 例数 | 金额（元） | 例数 | 金额（元） | 例数 | 金额（元） | 例数 | 金额（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人签名：            负责人签名：             填报时间：

说明：此表由广州市残联于每年度结束后15个工作日内填写，一式二份，自存一份，报送广州市财政局一份。