|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **瓯海区精神残疾人服用基本抗精神病药物费用**  **补助申请表（门诊）** | | | | | | | | | |
| ＿＿＿＿镇(街道)＿＿＿＿村(社区）委会 | | | | | | | ＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 | | |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 残疾人证号 | |  | | |
| 家庭地址 |  | | | | | | 是否贫困 | |  |
| 监护人姓名 |  | | 与本人关系 | | |  | | 联系电话 |  |
| 定点医院 |  | | | | | | | | |
| 本人或监护人申请 | 本人（或我的被监护人 ）以上基本情况属实，申请享受精神残疾人服用基本抗精神病药物费用补助。  申请人签字  年 月 日 | | | | | | | | |
| 镇（街道）残联意见 | 签字（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 医院意见 | 该对象确诊为 ，全年费用总额 元。    （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 区残联意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |

注：后附残疾人证、身份证复印件。