附件1

**编号：**

编号为年份后两位+月份（2位数）+申请儿童序号（3位数）组成。三位数序号全年顺延排序，隔年重新排序。

**“明天计划”资助申请审核表**

患儿姓名：

□福利机构儿童 □社会散居孤儿

□其他困境儿童

所属民政局（福利机构）：

填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 | 　 | 性别 | 　 | 民 族 | 　 | 儿童照片粘贴处 |
| 出生日期 | 　 | 病情诊断 | 　 |
| 人口类型 | □农业人口 □非农业人口 □其他（ ） |
| 儿童身份证号 | 　 | 儿童是否加入医保 |  |
| 儿童困境类型 | □福利机构养育儿童 □社会散居孤儿 □艾滋病感染儿童 □父母监护缺失的儿童 □父母无力履行监护职责的儿童 □重残儿童 □重病儿童 □流浪儿童 □贫困家庭儿童 □其他需要帮助儿童：  |
| 儿童所在福利机构名称或家庭地址 | 　 |
| 联系人 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 监护人信息（非福利机构儿童填报）： |
| 监护人1姓名 |  | 监护人1身份证号 |  | 与儿童关系 |  |
| 监护人2姓名 |  | 监护人2身份证号 |  | 与儿童关系 |  |
| 填报资助金额 | 医疗康复机构名称 |  | 是否住院治疗 |  |
| 医疗康复费用 |
| 诊疗费用 | 康复费用 | 特殊药品费用 | 康复器具费用 | 体检费用 | 其他 | 小计 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 扣除项目 |
| 医保报销 | 大病保险 | 医疗救助 | 康复救助 | 慈善捐助 | 其他 | 小计 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| “明天计划”资助金额 |
| 诊疗费用 | 康复费用 | 特殊药品费用 | 康复器具费用 | 体检费用 | 住院服务费 | 合计 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 福利机构意见 | 以上情况属实，同意其申请“明天计划”资助。审批人：（盖章）年 月 日  |
| 申请声明（非福利机构儿童监护人填写） | 我是 （儿童姓名）的监护人，现申请“明天计划”项目资助。本人承诺，申请的诊疗康复资助费用为合理且医学必需，本人向当地民政部门如实报告了儿童病患及详细诊疗情况，所提交的申请材料真实有效。我们知道，对虚假、瞒报等行为，当地民政部门有权拒绝提供资助；对欺骗行为获取的项目资助费用，民政部门有权予以追索，并将当事人失信行为记入个人征信，对于情形严重的，将依法办理。监护人： （签字）年 月 日 |
| 地方民政局意见：（非福利机构儿童填报，设区市民政局意见根据当地确定的申请、审核和经费结算工作流程决定是否填写） |
| 县级民政局意见 | 审批人：（盖章）年 月 日  |
| 设区市级民政局意见 | 审批人：（盖章） 年 月 日 |
| 省级“明天计划”办公室意见 | 审批人：（盖章）年 月 日 |
| 备注 |  |
| **身份证明材料黏贴处：****1.福利机构儿童提供儿童身份证（或户口本）复印件，公安机关出具的捡拾证明复印件。****2.非福利机构儿童提供儿童及监护人身份证（或户口本）复印件。**　 |
| **儿童治疗记录（包括门诊病历、出院小结、体检报告结论、康复末期评估等）黏贴处** |
| **儿童诊疗、康复、特殊药品、康复器具、体检票据黏贴处** |