附件

**广西大学学生重大疾病医疗救助基金申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 培养层次 | □本科 □研究生 |
| 学院 |  | 专业 |  | 学号 |  |
| 所患疾病 |  | 确诊时间 | 年 月 |
| 治疗费用情况 | 治疗总额： 元，其中住院费： 元， 门诊费用： 元 |
| 治疗费用产生时间段 | 年 月 日――　　年 月 日 |
| 医保报销情况 | 报销总额： 元其中城乡居民医保 元，大病保险 元，商业保险 元 |
| 申请救助金额 |  元 | 申请次数 | □首次 □2次 |
| 中国银行账号 |  | 联系电话 |  |
| **家 庭 情 况** |
| 家庭住址 | 省(自治区) 市 县 乡 |
| 称呼 | 职业 | 工作单位 | 月收入 | 联系电话 |
| 父亲 |  |  |  |  |
| 母亲 |  |  |  |  |
| 特殊情况 | □孤儿 □ 低保 □ 单亲 □建档立卡贫困户 □ 烈士子女 □残疾 |
| 申请理由及事实描述 |  |
| 班主任（导师）对学生病情及困难情况核查结果简述 |  　　　　　　　　　　　　班主任（导师）： 　　　　　　　　　　　　　　联系电话： 　　　　　　　　　　　　　　　 年 月 日 |
| 辅导员对学生病情、 治疗费用和家庭经济情况真实性核查结果 |  　　　　　　　　　　　　　辅导员签字： 　　　　　　　　　　　　　　学院公章： 　　　　　　　　　　　　　　　 年 月 日 |
| 学院意见： 　　　　　　　　　　　　　　　　 负责人签字： 　　　　　　　　　　　　　　　　 学院公章： 　　　　　　　　　　　　　　　　　 年 月 日 |
| 校执行委员会意见：　　　经经执行委员会开会审议，认为 的情况符合学生重大疾病医疗救助基金的申请条件，决定给予其 元的资助。 　　　　　　　　　　　　　　　 负责人签字： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年 月 日 |