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 | | | | | | | | | | | |