

附件

## 东莞市困难退役军人医疗救济申请表

申请人姓名		性别		出生年月	
身份证号码		联系电话		医疗费用自付部分（1年内）	
申请人身份	<input type="checkbox"/> 退役军人 <input type="checkbox"/> 其他优抚对象		住址		
是否受到镇级以上部门救助	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，救助_____元	是否受过商业保险赔付	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，救助_____元		
银行卡开户行			开户人姓名		
银行卡号			符合医疗救济金额		
申请人申请事由及申明	申请困难退役军人医疗救济原因或事由（包括但不限于申请人遇到哪些突发性、特殊性困难，且对基本生活造成的影响程度；家庭收入等经济情况。可另附页）				
	<p><b>本人申明：</b>本申请表填写信息全部属实，所提交的材料真实有效，若存在虚假情形，本人愿意承担一切后果和相应法律责任。</p> <p>申请人/代申请人（签名及摁手印）：_____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				

村（社区）退 役军人服务站 意见	调查员（签名）	调查员（签名）
	受理人：                    盖章：                                    年    月    日	
镇街（园区） 退役军人服务 中心意见	调查员（签名）	调查员（签名）
	审核人：                    盖章：                                    年    月    日	
市退役军人服 务中心意见	审核人：                    盖章：                                    年    月    日	
市退役军人事 务局审批	审批人：                    盖章：                                    年    月    日	

