龙山县残疾儿童康复救助经费结算表

（20 年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | | 残疾人证号  （持证必填） | |  | | |
| 家庭住址 |  | | 监护人姓名 | |  | 联系电话 |  |
| 康复内容 |  | | 康复救助  起止时间 | |  | | |
| 康复机构    核算情况 | 医疗保险救助情况：  □城乡居民基本医疗保险： 元  □大病保险： 元  □医疗救助： 元  □政府购买的商业保险： 元  □其他救助： 元  合计： 万 仟 佰 拾 元 角 分（￥ 元）  按《龙山县残疾儿童康复救助制度实施细则》本项目应救助资金   元，医疗保险已救助   元，需结算救助资金  元。    机构（盖章）  负责人签字：     年 月 日 | | | | | | |
| 监护人确认 | 年 月 日 | | | | | | |
| 县医疗保障局  审 核 | 审核人签字：    年 月 日 | | | | | | |
| 县残联审核 | 审核人签字：    年 月 日 | | | | | | |

**填表说明：**医疗保险救助情况只填写在定点康复机构产生的与康复救助项目相关的费用，同时需附报销凭据。