附件

宿迁市困难白内障患者复明手术救助申请表

县（区） 乡镇（街道）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | | | 联系人 |  |
| 家庭住地 |  | | | 联系电话 |  |
| 手术医院 |  | | | | |
| 白内障记录 | 左 眼 □ 右 眼 □ | | | | |
| 困难状况 | 特困人员□ 最低生活保障对象□  困境儿童□ 符合条件的享受国家抚恤补助的优抚对象□  享受民政部门定期定量生活补助费的20世纪60年代精减退职职工□  市、县（区）总工会核定的特困职工□ 低保边缘家庭成员 □  支出型困难家庭中的大重病患者□  具有当地户籍的临时救助对象中的大重病患者□  参加城乡居民基本医疗保险的二级以上重度残疾人□  市人民政府规定的其他特殊困难人员□  其他困难人员□ | | | | |
| 乡镇（街道）  残联审核意见 | （公章）  年 月 日 | | | | |
| 县（区）残联审核意见 | （公章）  年 月 日 | | | | |