|  |
| --- |
| **瓯海区精神残疾人服用基本抗精神病药物费用****补助申请表（门诊）** |
| ＿＿＿＿镇(街道)＿＿＿＿村(社区）委会  |  ＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 残疾人证号 |  |
| 家庭地址 |  | 是否贫困 |  |
| 监护人姓名 |  | 与本人关系 |  | 联系电话 |  |
|  定点医院 |  |
| 本人或监护人申请 |   本人（或我的被监护人 ）以上基本情况属实，申请享受精神残疾人服用基本抗精神病药物费用补助。  申请人签字  年 月 日  |
| 镇（街道）残联意见 |   签字（盖章） 年 月 日 |
| 医院意见 |   该对象确诊为 ，全年费用总额 元。  （盖章） 年 月 日 |
| 区残联意见 |   （盖章） 年 月 日 |

注：后附残疾人证、身份证复印件。