附件1

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 平昌县特困供养人员住院医疗登记审批表 | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 身份证号 |  | | |
| 家庭住址 |  | | 联系电话 |  | | |
| 监护人姓名 |  | | 联系电话 |  | | |
| 社会治理和社会事务办 |  | | 联系电话 |  | |  |
| 身份属性 | 集中（ ） 分散（ ） | | | | | |
| 住院原因 |  | | | | | |
| 首诊医院 |  | | | | | |
| 本人或监护人 （签字） |  | 村（社区）意见 （签字盖章） | | |  | |
|
| 社会治理和社会事务办意见 （签字盖章） |  | 接收医院 （签字盖章） | | |  | |
|