

## 南安市白内障患者慈善“光明行动”手术申请表

姓名		性别		身份证号	
出生年月		电话		医保卡号	
家庭地址					
家庭经济状况	1、“三无患者” 2、“五老患者” 3、农村低保患者 4、城市“低保”患者 5、家中有2人以上残疾人的患者 6、其他经济困难患者	参加医疗保险情况	1、参加城镇居民基本医疗保险 2、参加新型农村合作医疗保险		
户口类别	1、农业户口                      2、非农业户口				
申请理由	申请人：  年 月 日				
乡镇（街道）残联意见	审批人： 单位公章  年 月 日				
南安市残联意见	审批人： 单位公章  年 月 日				
备注					

注：1. “家庭经济情况”和“参加医疗保险情况”在号码前打钩

2. 本表一式两份