**附件**

上海市重残人员参加城乡居民基本医疗保险

帮扶补助申请表

区 街道、镇（乡） PID：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | | 出生年月 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | | | 残疾类别 |  | 残疾等级 |  |
| 户籍地址 | 区 街镇 路 号 室 | | | | | | |
| 联系地址 | 区 街镇 路 号 室 | | | | | | |
| 户籍类别 | □非农业 □农业 | | | | | | |
| 监护人姓名 |  | 身份证号 | |  | | 联系电话 |  |
| 本人自愿参加城乡居民基本医疗保险，承诺提供的信息真实有效。 申请人签名（或盖章）：  年 月 日 | | | | | | | |
| 区残联审核意见： | | | 单位盖章（公章）  年 月 日 | | | | |

审核人： 审核日期:

上海市残疾人联合会办公室 2022年8月19日印发