附件5

中山市其他医疗救助对象医疗费用核实表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 家庭成员 | 个人支付医疗费用（自付+自费）自报（元） | 个人支付医疗费用（自付+自费）镇民政部门核实（元） | 备注 |
| 1 | 姓名1 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 姓名2 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 姓名3 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 姓名4 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 姓名5 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 合计 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 是否个人支付的医疗费用达到或超过其家庭年可支配总收入的40％ | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 　 |
| 8 | 签字确认 |  申请人签名：   年 月 日 |  经办人签名：   年 月 日 | 　 |
| 备注：家庭年可支配收入40%：年可支配收入 元\*40%= 元。 |