|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件：  **海口市龙华区结核病治疗奖励补助申请表** | | | | | | |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** | **年** **月** | （相片） |
| **户籍所在地** |  | | | | |
| **常住地具体地址** |  | | | | |
| **身份证号** |  | | | **联系电话** |  |
| **就诊医院** |  | | | | | |
| **主要诊断** |  | | | | | |
| **终止治疗时间** |  | | | | | |
| **村/居委会 意见** | 该居民为我辖区常住居民（本辖区连续居住满6个月），特此证明。  经办人： 联系电话： 村/居委会公章  日期： 年 月 日 | | | | | |
| **基层建档 医疗机构意见** | 该患者服从管理，目前已按规定完成治疗，相关材料原件已核，推荐上报。  经办人： 联系电话： 单位公章：  日期： 年 月 日 | | | | | |
| **区疾控 部门意见** | 该患者已于2024年 月 日治愈（完成治疗）结案结束管理，材料齐全，同意上报。  经办人： 联系电话： 单位公章：  日期： 年 月 日 | | | | | |
| **区卫健部门 审批意见** | 签字： 盖章：  日期： 年 月 日 | | | | | |