附 4

先天性结构畸形救助项目

受助对象回执单

（受助对象姓名）：

国家卫生计生委妇幼司、中国出生缺陷干预救助基金会（以下简称基金会）于 2017年启动实施先天性结构畸形救助项目。项目主要针对发病率相对较高、有成熟干预技术、治疗效果好的先天性结构畸形，为患儿提供医疗费用补助，减轻患儿家庭医疗负担。 您的申请经定点医疗机构初审及项目管理机构复审，结果为评审通过，为帮助您顺利办理补助手续，现告知您如下事项：

1.本项目对申请人提出救助申请日期的上一年度 1 月 1 日（含）以后，在定点医疗机构的诊断、手术、治疗和康复医疗费用给予补助。依据患儿医疗费用家庭自付情况，一次性给予 3000元-30000 元补助，每位患儿具体补助标准如下：

（1）自付费用超过 3000元（含）、小于4000元的，医疗费用补助标准为 3000 元。

（2）自付费用超过 4000 元（含）的，按自付费用的 75%予以补助，最高补助额为 30000 元（含）。

2.您必须保证此前所提供的求助资料的真实性，若存在虚假、伪造或隐瞒等行为，通过核实后将不予救助，并进行通报，纳入失信名单。

3.本项目原则上为一次性救助，同一申请人只有一次获得救助的机会，本次救助后将不再接受重复申请。

4.终止救助

（1）如发现申请人隐瞒实际情况，或提供虚假、伪造材料的，终止救助；

（2）家庭自付部分金额不足 3000 元的终止救助。

5.项目只在医疗费用上予以补助，不承担治疗效果、医疗风险等方面的责任，任何医患之间的法律纠纷将由医患双方自行解决。

6.为便于接受社会监督，国家卫生计生委妇幼司和基金会可根据工作需要，通过媒体对外公布受助申请人的基本情况。

7.通过复审并公示无异议后，申请人监护人须通过项目定点医疗机构向项目管理机构提交以下资料：

（1）监护人签字并按手印（拇指或食指手印）后的《先天性结构畸形救助项目受助患儿回执单》一份。

（2）申请人治疗前后照片（可提供电子版）。

（3）合规的医疗票据，包括住院医疗票据或门（急）诊医疗票据。具体要求如下：

①没有参加任何医疗保险的申请人，直接提供医疗票据原件，收据上无收费明细的需同时提供明细清单。

②参加“新农合”、“城镇医保”或其他商业保险的患儿，且就治医院可办理医保实时结算报销的，由申请人提供报销后的原始票据；如就治医院无法办理医保实时结算报销的，由申请人先到相关部门报销，报销后提供报销补偿单原件（报销部门需要留存原件的，应提供加盖报销部门公章的复印件）及加盖有报销部门公章的医疗票据复印件，医疗票据上无收费明细的需同时提供明细清单。

③请申请人的监护人以申请人名字办理一张银行卡或存折，提供银行卡或存折首页复印件及申请人户口簿复印件。或者提供监护人银行卡或存折首页复印件，以及与申请人的监护关系证明（户口簿复印件或其他可证明监护关系的证明）。

8.请填写《回执单》，连同上述第 7 条所列资料，通过定点医疗机构报送至省级项目管理机构，经由省级项目管理机构审核后寄送至基金会。

9.回执单及以上相关资料由基金会进行审核确认无误后，向申请人提交的银行账户里拨付相应的救助金，并向省级项目管理机构反馈受助患儿名单及金额。

10.本项目仅针对申请人在申请救助之日的上一年度1月1日（含）以后产生的医疗费用进行救助，患儿需提供的医疗票据必须在此时间范围内。

11.患儿在收到救助金后，请您及时告知所在地项目定点医疗机

构，并有义务配合相关宣传、回访等工作。

（定点医疗机构盖章）

年 月 日

回执单

中国出生缺陷干预救助基金会：

我是申请人 的监护人 （与申请人关系： ），身份证号: ,我的联系方式 : （必填）。现已知悉并同意《先天性结构畸形救助项目受助对象回执单》内容。申请人患有 （疾病名称），于 年 月 日至 年 月 日在定点医疗机构（医院名称）接受了诊断/手术/治疗/康复，医疗费用共计元，经基本医保、大病救助等报销后自付

部分元，预计补助金额为元（最终补助金额以基金会审核后实际拨付

金额为准），请将救助金汇入下列账户：

户名： ，

开户行：(银行分行支行) ，

卡号或存折账号：。

申请人监护人签字（按手印）：

年 月 日

-----------------------------------------------------------

上述申请人提交的有效发票金额为元，经基本医保、大病救助等

报销后自付金额为元，最终补助金额为元。经审核、复核准确无误。

审核人签字： 年 月 日

复核人签字： 年 月 日