附件1

兰溪市严重精神障碍患者监护补助申请审批表

 市 乡镇（街道） 村（社区） 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 监护人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 开户行 |  | 银行账号 |  |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 联系电话 |  |
| 与患者的关系 |  | 身份证号 |  |
| 家庭住址 |  |
| 基本情况 | 肇事肇祸情况：社区民警： |
| 随访情况：危险性评估等级：精防医生： |
| 监护情况：村（社区）干部： |
| 村（社区）意见 | 盖章： 日期： |
| 乡镇（街道）意见 | 同意/不同意村（社区）意见，享受I类/II类患者监护补助 元。日期: 盖章： |
| 县级业务部门意见 | 卫生健康部门：公安部门： 日期： 盖章： |
| 县级财政部门意见 |  日期： 盖章： |

注：审批表一式五份，县级公安、财政、卫生健康部门和乡镇（街道）、村（社区）各留存一份。