附件

浙江省严重精神障碍患者监护补助申请审批表

＿ 县（市、区）＿ 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。