豫卫妇幼﹝2017﹞5号

**关于印发《河南省2017年先天性结构畸形救助项目试点实施方案》的通知**

河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、河南省妇幼保健院、河南省洛阳正骨医院（河南省骨科医院）、郑州儿童医院：

为深入贯彻《“健康中国2030”规划纲要》，进一步做好出生缺陷防治工作，减少先天性结构畸形所致残疾，国家卫生计生委妇幼司与中国出生缺陷干预救助基金会联合在我省开展先天性结构畸形救助项目。现将《河南省2017年先天性结构畸形救助项目试点实施方案》印发你们，请结合实际认真组织实施。

各项目实施单位要加强宣传，扩大项目影响，逐步提高群众参与率，规范项目运作，建立科学有效的工作机制，保障贫困先天性结构畸形患儿得到救助。

妇幼处联系人：王春晖 孙萨迦

电 话：0371-85961183 85961196

电子邮箱：xmxx2017@163.com

2017年2月13日



**河南省2017年先天性结构畸形救助项目**

**试点实施方案**

预防出生缺陷、提高出生人口素质是重大民生工程，事关家庭幸福、民族兴旺。为减少先天性结构畸形所致残疾，努力提高出生人口素质，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）联合开展先天性结构畸形救助项目。从2017年在我省启动实施，主要针对发病率相对较高、有成熟干预技术、治疗效果良好的先天性结构畸形疾病，为患儿提供医疗费用补助。为确保我省项目规范实施，特制订本方案。

**一、项目目标**

（一）普及先天性结构畸形防治知识，提高社会公众出生缺陷防治知识知晓率。

（二）通过减轻贫困患病儿童医疗负担，促进出生缺陷疾病诊断和治疗，减少先天性结构畸形所致儿童残疾。

**二、实施机构**

省级项目管理机构：河南省人民医院。

项目定点医疗机构：河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、河南省妇幼保健院、河南省洛阳正骨医院（河南省骨科医院）、郑州儿童医院。

**三、项目内容**

（一）以先天性结构畸形疾病为重点，开展出生缺陷防治知识宣传倡导和健康教育。

（二）在项目地区为符合救助条件的患病儿童提供医疗费用补助。

**四、救助对象及补助标准**

**（一）救助对象。**获得救助的患病儿童需同时满足下列条件：

1.临床诊断患有下列6类先天性结构畸形疾病：

①神经系统先天性畸形;

②消化系统先天性畸形;

③泌尿系统及生殖器官先天性畸形;

④肌肉骨骼系统先天性畸形;

⑤呼吸系统先天性畸形;

⑥五官严重先天性结构畸形。

具体病种详见附件1。

2.年龄为0-18周岁（含18周岁）的城乡患病儿童。

3.家庭经济困难，能够提供村（居）委会开具的贫困证明(附件2）。

4.曾经在项目定点医疗机构因上述6类先天性结构畸形疾病，接受诊断、手术、治疗和康复。

5.医疗费用自付部分大于等于3000元（含3000元）。

**（二）补助标准。**对2016年1月1日（含1月1日）之后，患病儿童在项目定点医疗机构接受诊断、手术、治疗和康复产生的医疗费用给予补助。依据患儿医疗费用自付情况，一次性提供3000元至30000元医疗补助金。每位患儿具体补助标准如下：

1.家庭自付部分大于等于3000元（含3000元）、小于5000元的，医疗费用补助标准为3000元。

2.家庭自付部分大于等于5000元（含5000元）、小于10000元的，医疗费用补助标准为5000元。

3.家庭自付部分大于等于10000元（含10000元）、小于20000元的，医疗费用补助标准为10000元。

4.家庭自付部分大于等于20000元（含20000元）、小于30000元的，医疗费用补助标准为20000元。

5.家庭自付部分大于等于30000元的，医疗费用补助标准均为30000元。

**（三）医疗费用补助范围。**符合救助条件的患病儿童发生下列医疗费用可获得补助：药费、床位费、诊查费、检查费、放射费、检验费、治疗费、手术费、输血费、护理费、材料费、输氧费等。

对同一患儿同一疾病分次申请救助的，或同一患儿不同疾病分别申请救助的，只资助一次。

**五、实施程序**

**（一）提供救助及流程。**

**1.提出申请。**患儿法定监护人提出医疗费用救助申请，填写《先天性结构畸形救助项目个人申请表》（附件3 ），交至患儿曾经接受诊断、手术、治疗和康复的定点医疗机构，并按《申请表》要求提供下列相关材料。

①身份证明材料。证明申请人与其法定监护人关系的户口簿和身份证复印件，或者其他证明监护关系的材料原件。

②疾病和治疗证明材料。定点医疗机构出具的患儿病情诊断证明、门（急）诊记录、住院首页及病历、出院记录、相关医学影像资料报告单原件（或加盖医院公章的复印件）。

③经济状况证明。村（居）委会出具的家庭经济贫困证明材料原件。

**2.初审及信息录入。**定点医疗机构接收患儿申报材料，其中的证明材料复印件须当场与原件核对无误并加盖本单位公章。定点医疗机构对患儿申报材料进行初审，将通过初审的材料报送省级项目管理机构。初审未通过的，通知患儿法定监护人。法定监护人可补充材料再次申请。初审工作需在5个工作日内完成。

定点医疗机构将通过初审的患儿申报材料录入“先天性结构畸形救助项目管理信息系统”（http://jzzl.csqx.org.cn），提交省级项目管理机构。

**3.省级复审。**省级项目管理机构定期组织专家，对定点医疗机构报送的患儿申报材料进行复审，填写《先天性结构畸形救助项目受助对象复审合格名单》（见附件4），连同患儿申报材料，报送基金会。复审未通过的，省级项目管理机构应及时告知定点医疗机构通知患儿法定监护人。

项目管理机构组织复审专家组，人数应在7人以上。

**4.基金会复核及公示。**基金会对各地报送的患儿申报材料进行复核，定期将通过复核的患儿名单在官方网站公示。

**5.发放受助对象回执单。**基金会将经公示无异议的患儿名单返回我省，由省级项目管理机构通知相应的定点医疗机构。定点医疗机构向患儿监护人寄发《先天性结构畸形救助项目受助对象回执单》（附件5），指导监护人填写《回执单》。

监护人向定点医疗机构提交《回执单》及合规的患儿诊断、手术、治疗和康复医疗收费票据原件，以及患儿或其监护人的银行卡或存折信息。具体要求详见回执单内规定。

定点医疗机构将患儿监护人提交的《回执单》及相关材料报送省级项目管理机构，由省级项目管理机构复核后寄送中国出生缺陷干预救助基金会。

**6.拨付救助款项。**基金会对患儿所有资料及医疗收费票据进行审核确认无误后，按照项目规定确定医疗费用补助金额，填写《先天性结构畸形救助项目受助对象救助资金审批单》（附件6），向受助患儿或其监护人银行账户拨付相应救助金，并向省级项目管理机构反馈受助患儿名单及金额。

**7.回访。**定点医疗机构在基金会拨出救助款15个工作日内，对接受救助的患儿监护人进行回访，填写《先天性结构畸形救助项目受助对象回访情况登记表》（附件7），了解救助款项到位情况、患儿康复情况、项目意见建议等，并将回访信息录入“先天性结构畸形救助项目管理信息系统”。

**（二）项目信息收集。**省级项目管理机构每季度从信息系统中导出全省《先天性结构畸形救助项目受助个人情况登记表》（附件8）及《先天性结构畸形救助项目救助人数汇总表》（附件9），报送省卫生计生委妇幼处备案。

**六、组织与管理**

**（一）组织实施单位及职责。**

省级卫生计生委妇幼处负责辖区内项目组织实施，制定具体实施方案，确定省级项目管理机构、定点医疗机构，报国家卫生计生委妇幼司和基金会备案。开展项目宣传、人员培训和工作指导，定期实施督导检查。

省级项目管理机构在省级卫生计生委妇幼处领导下，承担先天性结构畸形等出生缺陷防治知识及项目宣传，组织专家对定点医疗机构进行人员培训和技术指导，对患儿申请材料进行复审，按季度汇总本省救助情况，保存相关资料档案。基金会与省级项目管理机构签订合作协议。

定点医疗机构承担先天性结构畸形等出生缺陷防治知识及项目宣传，对患儿申请材料进行初审和信息录入，定期对受助患儿进行回访。基金会与定点医疗机构签订合作协议。

**（二）经费管理。**先天性结构畸形救助项目所需资金由中央专项彩票公益金全额支持。患儿救助金由基金会直接拨付患儿或其监护人银行账户。基金会向省级项目管理机构拨付管理经费，用于开展项目宣传、人员培训、资料审核和录入、专家评审、数据整理和分析、救助情况回访、督导检查、资料存档等工作。

项目经费支出遵循《中央专项彩票公益金支持出生缺陷干预救助项目管理办法》、《中央和国家机关会议费管理办法》、《中央和国家机关培训费管理办法》和国家其他有关财务规定。

**（三）督导检查。**

1．省卫生计生委每年组织1次督导检查，对项目管理机构和定点医疗机构的项目管理、患儿救助情况、管理资金使用情况等方面进行督导评估。发现问题及时协调解决，保证项目实施效果。

2.省人民医院每年组织1-2次检查，对项目定点医疗机构进行项目实施情况的督导评估。

附件：1.先天性结构畸形救助项目救助病种名单

2.家庭贫困证明

3.先天性结构畸形救助项目个人申请表

4.先天性结构畸形救助项目受助对象复审合格名单

5.先天性结构畸形救助项目受助对象回执单

6.先天性结构畸形救助项目受助对象救助资金审批单

7.先天性结构畸形救助项目受助对象回访情况登记表

8.先天性结构畸形救助项目受助个人情况登记表

9.先天性结构畸形救助项目救助人数汇总表

10. 先天性结构畸形救助项目流程图

附件1

**先天性结构畸形救助项目病种名单**

包括六大类先天性结构畸形：①神经系统先天性畸形；②消化系统先天性畸形；③泌尿系统及生殖器官先天性畸形；④肌肉骨骼系统先天性畸形；⑤呼吸系统先天性畸形；⑥五官严重先天性结构畸形。具体病种名单如下：

**表1 神经系统先天性畸形**

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **疾病名称** |
| 1 | 脑膨出 |
| 2 | 先天性脑积水 |
| 3 | 脊柱裂（包括脊髓栓系） |
| 4 | 脊髓的其他先天畸形 |
| 5 | 颅骨缝早闭 |
| 6 | 长头 |
| 7 | 阿-基氏综合征 |

**表2 消化系统先天性畸形**

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **疾病名称** |
| 8 | 门静脉连接异常 |
| 9 | 门静脉-肝动脉瘘 |
| 10 | 食管先天性畸形 |
| 11 | 先天性肥大性幽门狭窄 |
| 12 | 先天性裂孔疝 |
| 13 | 小肠先天性缺如、闭锁和狭窄 |
| 14 | 大肠先天性缺如、闭锁和狭窄 |
| 15 | 麦克尔憩室 |
| 16 | 先天无神经节性巨结肠[赫希施斯普龙病] |
| 17 | 先天性肠固定畸形 |
| 18 | 双重肠 |
| 19 | 异位肛门 |
| 20 | 直肠和肛门先天性瘘 |
| 21 | 泄殖腔存留 |
| 22 | 胆管闭锁 |
| 23 | 胆总管囊肿 |
| 24 | 环状胰腺 |

**表3 泌尿系统及生殖器官先天性畸形**

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **疾病名称** |
| 25 | 先天性无阴道 |
| 26 | 隐睾 |
| 27 | 尿道下裂 |
| 28 | 阴茎屈曲畸形 |
| 29 | 性别不清和假两性同体 |
| 30 | 肾缺如和肾的其他萎缩性缺陷 |
| 31 | 囊性肾病 |
| 32 | 先天性肾盂积水 |
| 33 | 先天性巨输尿管 |
| 34 | 先天性输尿管畸形 |
| 35 | 先天性膀胱－输尿管－肾返流 |
| 36 | 分成小叶的、融合的和马蹄形肾 |
| 37 | 异位肾 |
| 38 | 尿道上裂 |
| 39 | 膀胱外翻 |
| 40 | 先天性后尿道瓣 |
| 41 | 脐尿管畸形 |
| 42 | 膀胱先天性憩室 |
| 43 | 膀胱和尿道的其他先天性畸形 |

**表4 肌肉骨骼系统先天性畸形**

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **疾病名称** |
| 44 | 髋先天性变形 |
| 45 | 马蹄内翻足 |
| 46 | 脊柱先天性变形 |
| 47 | 先天性漏斗胸 |
| 48 | 先天性鸡胸 |
| 49 | 胸的其他先天性变形 |
| 50 | 胸锁乳突肌先天性变形 |
| 51 | 手先天性变形 |
| 52 | 膝先天性变形 |
| 53 | 多指（趾）， |
| 54 | 并指（趾） |
| 55 | 膝先天性畸形 |
| 56 | 脊柱及骨性胸廓先天性畸形 |
| 57 | 骨软骨发育不良，伴有管状骨和脊柱的发育缺陷 |
| 58 | 先天性膈疝 |
| 59 | 膈的其他先天性畸形 |
| 60 | 脐突出 |
| 61 | 腹裂 |

**表5 呼吸系统先天性畸形**

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **疾病名称** |
| 62 | 喉先天畸形 |
| 63 | 气管和支气管先天性畸形 |
| 64 | 肺先天性畸形 |
| 65 | 纵隔先天性囊肿 |
| 66 | 甲状舌管囊肿 |

**表6 五官严重先天性结构性畸形**

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **疾病名称** |
| 67 | 引起听力缺陷的耳先天性畸形 |
| 68 | 耳前的窦道和囊肿 |
| 69 | 鼻后孔闭锁 |
| 70 | 颚裂 |
| 71 | 唇裂 |
| 72 | 腭裂，伴有唇裂 |

附件2

**家庭贫困证明**

兹有我社区（村委会）居民（村民）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（患儿监护人姓名)，身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,家庭住址\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，家庭人口共\_\_\_\_人。其子女\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（患儿姓名），身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，患有\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(疾病名称)，已在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (医院名称)接受治疗。因治疗费用相对较高，家庭经济困难，家庭年收入为 \_\_\_\_\_\_\_\_元，人均年收入\_\_\_\_\_\_\_\_\_元，（□属于 / □不属于）低保家庭，现向中国出生缺陷干预救助基金会（先天性结构畸形救助项目）申请医疗救助金。

以上所述属实，特此证明。

（居委会所在地区：\_\_\_\_\_省（区、市）\_\_\_\_\_市（州）\_\_\_\_\_\_县（市、区））

居委会（村委会）负责人签字：

盖章：

日期：

联系电话：

备注：如属低保家庭，患儿监护人需提供低保证复印件。附件3

**先天性结构畸形救助项目个人申请表**

申请人近期照片:

申请人姓名： 性别： 出生年月日：

监护人姓名： 与申请人关系：

监护人身份证号码：

家庭电话：

手机：

户籍所在地： 省（市、区） 市 县 乡（镇） 村

通讯地址： 省（市、区） 市 县 乡（镇） 村

邮编：

申报日期： 年 月 日

申 报 须 知

1. 本申请表由中国出生缺陷干预救助基金会（以下简称基金会）印制并负责解释。
2. 项目申请对象为**0-18周岁**、具有中国国籍、家庭贫困、患有临床确诊的先天性结构畸形的患儿。
3. 本项目仅针对患儿在2016年1月1日（含）以后在项目定点医疗机构产生的医疗费用进行资助。
4. 本申请表由申请人法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。
5. 为保证治疗效果和项目真实性，申请人须已在项目定点医疗机构接收诊断、手术或相关治疗，并通过项目定点医疗机构进行申报。
6. 本申请表的递交并**不代表可以获得救助**，申请资料一经递交**不予退回**。
7. 先天性结构畸形救助项目对符合救助要求的先天性结构畸形患儿为一次性救助，对已获得一次救助的患儿**不受理重复申请**。**社会定向捐助的患儿除外**。
8. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，中国出生缺陷干预救助基金会保留依法追索救助款的权利。
9. 申请人在医疗过程中可能出现的医疗风险，由医患双方自行处理，基金会不承担任何责任。
10. **获得救助的申请人监护人有责任和义务为配合基金宣传提供必要的文字、照片、影像等资料，并同意使用申请人照片、影像等资料。**

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定。

**申请人或/并监护人（签名或按手印）**：

**年 月 日**

**申请人基本信息及申请救助理由**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月日 | | | |  | | 民族 |  |
| 家庭成员  情况 | 姓名 | 年龄 | 与申请人关系 | | 身份证号 | | | | | 工作或学习单位 | |
|  |  |  | |  | | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | | |  | |
| 家庭经济  状况 | 户籍性质 | A．农业 B．非农业 | | | | 家庭人口总数 | | | |  | |
| 主要收入  来源 |  | | | | | | | | | |
| 家庭年收入 |  | | | | | 人均年收入 | |  | | |
| 申请救助  理由 | 申请人或其监护人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | |

**申请人医疗情况简述**

|  |
| --- |
| 1. 申请人确诊时间： 年 月 日   确诊医院： ;确诊病名： ；   1. 治疗所在医疗机构名称： ，治疗效果： ； 2. 治疗时间： 年 月 日至 年 月 日； 3. 治疗期间费用总额： 元；个人负担费用金额： 元； 4. 申请人是否有医疗保险（须如实填写）？如有，具体报销比例是多少？ |

|  |
| --- |
| **1.身份证明材料：**证明申请人与其法定监护人关系的户口簿和身份证复印件。如户口簿无法证实监护关系的，须提供申请人出生医学证明复印件，或户籍地派出所开具的监护关系证明原件及申请人近期照片。孤儿需提供当地民政局或福利院证明原件。  **2.病情和治疗证明材料：**定点医疗机构出具的患儿病情诊断证明、门（急）诊记录、住院首页及病历、出院记录、相关医学影像资料报告单原件（或加盖医院公章）  **3.家庭经济贫困证明材料：**村（居）委会出具的家庭经济贫困证明材料原件。如属城乡低保、军烈属、残疾人家庭的患者，可提供低保证、军烈属证、残疾人证（复印件）或当地民政局证明；家庭成员患有重大疾病的，可提供医院相应病情诊断证明（复印件）等。  **4.以上证明材料另附**，与本申请表一起申报。如需留存请自行复印备份。 |

**申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目定点医疗机构  初审意见 | （单位公章）  联系电话: 负责人签名：    年 月 日 |
| 专家评审意见 | （项目管理机构公章）  联系电话: 负责人签名：    年 月 日 |
| 基金会审核意见 | （单位公章）  联系电话: 负责人签名：    年 月 日 |

**评审单位意见**

附件4

**先天性结构畸形救助项目受助对象复审合格名单**

**省级项目管理机构盖章： 填报时间：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评审结果 | 患者姓名 | 性别 | 民族 | 身份证号 | 户籍地址 | 监护人 | 联系电话 | 病 名 | 医保类型 | 自付金额 | 申请救助金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件5

**先天性结构畸形救助项目**

**受助对象回执单**

：

中国出生缺陷干预救助基金会（以下简称基金会）先天性结构畸形救助项目由中央专项彩票公益金支持，在国家卫生计生委领导下，对符合救助条件的患病儿童在项目定点医疗机构接受诊断、手术、治疗和康复发生的医疗费用提供救助。根据您的申请，为帮助您顺利办理资助手续，现告知您如下事项：

1. 本项目对申请人2016年1月1日（含）以后产生的诊疗费用进行救助，依据自费情况救助标准（人民币金额）如下：

（1）家庭自付部分大于等于3000元（含3000元）、小于5000元的，医疗费用补助标准为3000元；

（2）家庭自付部分大于等于5000元（含5000元）、小于10000元的，医疗费用补助标准为5000元；

（3）家庭自付部分大于等于10000元（含10000元）、小于20000元的，医疗费用补助标准为10000元；

（4）家庭自付部分大于等于20000元（含20000元）、小于30000元的，医疗费用补助标准为20000元；

（5）家庭自付部分大于等于30000元的，医疗费用补助标准均为30000元。

1. 您必须保证此前所提供的求助资料的真实性，如经核实发现有不实情况，基金会将收回资助款并追究相关法律责任。
2. 本项目原则上为一次性资助，同一申请人只有一次获得资助的机会，本次资助后将不再接受重复申请。
3. 中止及终止资助

（1）在评审回访时如发现申请人隐瞒实际情况的（依据评审时间为准），终止资助；

（2）家庭自费部分金额不足3000元的终止资助；

1. 基金会只在医疗费用上予以资助，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。
2. 为便于接受社会监督，基金会可通过媒体对外公布受助申请人的基本情况。
3. 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》回执一份。

（2）申请人治疗前后照片（可提供电子版）。

（3）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收费结算单。

②参加河南省城乡居民基本医疗保险或其他商业保险的患儿，且就治医院可直接办理医保报销的，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报销的，由申请人先到上述部门报销，报销后提供报销补偿单原件（原件报销部门需要留存的，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，医疗费收据上无收费明细的需同时提供收费结算单。

③申请人的监护人请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、请填写并沿虚线裁下《回执单》，连同上述第7条所列资料，邮寄至所在地项目定点医疗机构报。由定点医疗机构将《回执单》及相关材料报送省级项目管理机构，省级项目管理机构复核后寄送中国出生缺陷干预救助基金会。

9、资助回执单及以上相关资料由中国出生缺陷干预救助基金会进行审核后，向申请人提交的银行账户里拨付相应的资助款项。

10、本项目仅针对申请人在**2016年1月1日（含）以后产生的医疗费用**进行资助，患者需提供的医疗票据必须在此时间范围内。

11、**患儿在收到资助款后，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。**

祝您的孩子早日康复！

中国出生缺陷干预救助基金会

年 月 日

（基金会盖章）

………………………………………沿 此 线 裁 下…………………………………

**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 （如非监护人，请注明与申请人关系： ），身份证号: ,我的联系方式: （必填。如无，可填邻居家或村（居）委会电话）。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 病，于 年 月 日至 年 月 日在 医院实施了治疗，医疗费用共计 元，自行支付 元，属于第 条资助标准的款，资助金额为 元，请将资助款汇入下列账户：

户名： ，

开户行：(银行分行支行) ，

卡号或存折账号： 。

申请人监护人签名（按手印）：

年 月 日

附件6

**先天性结构畸形救助项目受助对象救助资金审批单**

单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 患儿姓名 | 身份证号 | 监护人 | 联系方式 | 病名 | 合格发票金额 | 自付金额 | 救助金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

救助款项将发放至患儿家庭提交的银行账户，户名 ，开户行 ，账号 。

以上信息经审核、复核准确无误。

审核人签字： 年 月 日

复核人签字： 年 月 日

附件7

**先天性结构畸形救助项目受助对象回访情况登记表**

项目定点医疗机构（盖章） 负责人 回访人 (签字)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **回访日期** | **受助人姓名** | **受访人姓名** | **联系电话** | **与受助人关系** | **资助款到位情况** | | | **受助人目前康复情况** | **对项目意见建议** |
| **是** | **否** | **资助金额** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件8

**先天性结构畸形救助项目受助个人情况登记表**

填表机构(盖章)： 负责人（签字）： 填表人填报时间： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **档案号** | **姓名** | **性别** | **出生日期** | **身份证号**  **或出生证号** | **户籍所在地** | **户籍**  **性质** | **监护人姓名** | **监护人身份证号** | **评审通过时间** | **病名** | **联系电话** | **资助金额** | **治疗方式** | **治疗结果** | **治疗时间** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件9

**先天性结构畸形救助项目救助人数汇总表**

填表机构（盖章)： 填表日期：

负 责 人： 经 办 人：

联系电话： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **地区名称**  **（地市或省份）** | **救 助 人 数** | | | **无医保人数** | **备 注** |
| **农村人数** | **城镇人数** | **合 计** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **总 计** |  |  |  |  |  |  |

附件10

**先天性结构畸形救助项目实施流程图**

患儿法定监护人

提出申请

项目实施单位

反馈

**初审**（5个工作日内）

发放回执单；

拨付款项；回访。

合格

不合格

录入系统

省级项目管理单位

**复审**

不合格

合格

基金会

复核及公示

不合格

合格

注：省级项目管理机构每季度从信息系统中导出全省《先天性结构畸形救助项目受助个人情况登记表》及《先天性结构畸形救助项目救助人数汇总表》，报送省卫生计生委妇幼处备案。