附件9

全区“光明行”项目定点医院筛查和手术资金申请表

**定点医院（盖章）： 盟市红十字会（盖章）：**

**定点医院填报人： 盟市红十字会审核人：**

**负责人： 负责人：**

**填报时间： 年 月 日 审核时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 白内障患者筛查总人数 | 白内障患者筛查（每例100元）申请项目补助总金额 | 白内障患者手术总例数 | 白内障手术资金 | 斜视矫正手术总人数 | 斜视矫正手术资金 | 申请项目补助合计总金额 |
| 手术费用总金额 | 医保报销总金额 | 自费部分申请项目补助总金额 | 无医保申请项目补助总金额 | 手术费用总金额 | 申请项目补助总金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：本表人数、例数应与进度表数据一致，需附受益人明细（定点医院或自治区红十字会信息平台导出数据）。