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）。