苍溪县困难家庭白内障患者复明手术补贴审定表

编号:（20 ）第 号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性别 | |  | 年龄 | | |  | 民族 |  |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | 身份证号码 | | | |  | | | |
| 家庭性质 | | □边缘易致贫户 □脱贫不稳定户 □突发严重困难户 □一般困难户 | | | | | | | | | | |
| 拟手术眼 | | □ 左 眼 | | | | | | □ 右 眼 | | | | |
| 术前视力 | | □光感 □手动 □数指 □0.02-0.04 □≥0.05 | | | | | | | | | | |
| 手术医院诊断意见 | | | 乡镇人民政府审核意见 | | | | | | | 县残联审定意见 | | |
| 负责人签字：  （公章） 年 月 日 | | | 负责人签字：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | 负责人签字：  （公章）  年 月 日 | | |

**填表说明：**此表由手术医院完整填写，经医院认定患者拟手术眼后，报乡镇人民政府审核，县残联审定后实施手术。此表一式两份，一份留手术医院，一份县残联存档。