附件1

产前筛查补助审批表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 产妇姓名 |  | 年龄 | |  | | | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | | | | 生育登记证号 | |  | |
| 户籍地址 |  | | | | 家庭地址 | |  | |
| 丈夫姓名 |  | | 丈夫身份证号 | | |  | | |
| 产前筛查机构 |  | | | | | | | |
| 筛查项目 | 孕期母血清学产前筛查 | | | | | | | |
| 申请人签字： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 产妇户籍地/居住地社区卫生服务中心审核意见：      社区卫生服务中心  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |

1.报销对象：在本市医疗保健机构接受产前筛查的具有本市户籍或居住证的且符合国家生育政策的孕产妇。

2.报销时间地点：本次妊娠分娩后半年内（过期不受理），本地户籍至孕产妇户籍所在地社区卫生服务中心，非本地户籍至孕产妇常住地社区卫生服务中心。

3.报销携带材料：①本审批表②下列材料原件和复印件：涵盖产前筛查收费项目的门诊收费票据、孕产妇身份证和户口本（本地户籍）/居住证（非本地户籍）、生育服务证。

|  |
| --- |
| 产妇身份证复印件粘贴处 |

|  |
| --- |
| 女方户口簿/居住证复印件粘贴处 |

|  |
| --- |
| 生育服务证复印件粘贴处 |

|  |
| --- |
| 产前筛查门诊收费票据复印件 |