

贵州省卫生和计划生育委员会办公室文件

黔卫计办发〔2017〕7号

省卫生计生委办公室关于印发《贵州省出生缺陷救助试点项目工作实施方案》的通知

各市、自治州卫生计生委,贵安新区卫生和人口计生局,仁怀市、威宁县卫生计生局,委直属有关医疗机构:

为进一步做好出生缺陷救助工作,国家卫生计生委与中国出生缺陷干预救助基金会(以下简称“基金会”)合作开展出生缺陷救助试点项目(以下简称“试点项目”)。我省是项目省份之一,为做好试点工作,我委根据国家项目管理方案要求,结合我省推进出生缺陷综合防治工作实际,研究制定了《贵州省出生缺陷救助试点项目工作实施方案》,现印发给你们,请遵照执行。

联系人:省卫生计生委妇幼处 程颖

联系电话:0851-86892080

联系人:省(贵阳市)妇幼保健院 骆艳 鲁永辉 刘树青

联系电话:18585011079(骆) 13007821063(鲁)

13595097070(刘)



(此件公开发布)

贵州省出生缺陷救助试点项目 工作实施方案

国家卫生计生委与中国出生缺陷干预救助基金会(以下简称“基金会”)合作,在全国十二个省份正式启动出生缺陷救助试点项目(以下简称“试点项目”)。我省是项目省份之一,为做好试点工作,按照国家项目管理方案要求,结合我省工作实际,制定本实施方案。

一、项目内容

对我省符合救助条件的出生缺陷患儿的诊断及治疗提供救助;开展针对基层医务人员的专业知识和技能培训;开展针对群众的宣传动员和健康教育。

二、项目管理和实施单位

项目管理单位为贵州省(贵阳市)妇幼保健院,实施单位为省卫生计生委确定的9家(含贵州省妇幼保健院)医疗机构。

三、救助病种、对象及标准

(一)救助病种

新生儿48项遗传代谢病串联质谱检测出的氨基酸、有机酸和脂肪酸三大类疾病,17项其它遗传代谢性疾病。

(二)救助对象

1. 0~14周岁(含14周岁)临床诊断的遗传代谢病的患儿。
2. 家庭经济困难(需有村委会/居委会提供的家庭贫困证明)。
3. 参加基本医疗保险制度新生儿诊疗费用的自费部分超过3000元。但通过国家基本医疗保险制度(包括城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、城乡居民大病保险、城乡医疗救助等制度)报销比例达到90%的病种除外。

(三)救助标准

对患儿在2015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如下:

1. 自费部分超过3000元(不含3000元),不足或等于5000元的,救助标准为3000元;
2. 自费部分超过5000元(不含5000元),不足或等于7000元的,救助标准为5000元;
3. 自费部分超过7000元(不含7000元),不足或等于10000元的,救助标准为7000元;
4. 自费部分超过10000元的(不含10000元),救助标准为10000元。

四、救助流程

(一)提出申请

由患儿的法定监护人向当地的项目实施单位提出救助申请,填写《出生缺陷救助项目患儿申请表》,并提供申请表内要求的相

关材料。

(二)初审及信息录入

项目实施单位对患儿申报材料进行初审,其中的证明材料复印件须与原件核对无误并加盖公章,申报材料不合格的通知患儿法定监护人补齐后再次申请。初审工作要在5个工作日内完成。初审通过后,进入《先天性结构畸形救助项目管理信息系统》(<http://jzz1.csqx.org.cn>)将申请人相关信息录入。

(三)省级复审

省卫生计生委妇幼处组织省内相关专家进行复审工作,由项目管理单位负责具体实施,确定救助对象并将救助名单提交至基金会,基金会将复审后情况在官方网站予以公示。

(四)发放救助患儿回执单

经基金会官方网站公示无异议后,由项目管理单位(或委托项目实施单位)向救助患儿监护人寄发《出生缺陷救助项目救助患儿回执单》(附件6),并指导患儿监护人填写回执单,同时提供符合规定的医疗票据及相关资料。

(五)拨付救助款项

回执单及相关资料由项目管理单位审核后报至基金会。基金会对患儿所有资料及医疗票据进行审核确认无误后,向救助患儿银行账户拨付相应救助款项,并告知项目管理单位。

(六)回访

项目实施单位在基金会拨出救助款15个工作日内及半年内

对救助患儿监护人进行两次回访,填写《出生缺陷救助项目救助患儿回访情况登记表》。了解救助款项到位情况、患儿治疗情况、项目反馈意见等,并将回访信息进行采集录入。

(七)报送相关资料

项目管理单位每季度向基金会报送《出生缺陷救助项目患儿救助情况登记表》及《出生缺陷救助项目患儿救助情况汇总表》,并定期通过官方网站向社会公布。

五、组织管理

本项目由国家卫生计生委妇幼司与基金会共同组织实施。省卫生计生委负责组织本省的项目工作。

(一)基金会工作职责

负责项目的具体实施,掌握各项目省实施情况,审核救助患儿资料及诊疗票据,进行患儿救助情况公示,拨付救助款项,组织专家进行项目督导,撰写项目总结报告。

(二)省卫生计生委工作职责

负责本省项目的组织管理工作,组建省级专家组,做好宣传、培训和督导工作。确定本省项目管理单位及项目实施单位。

(三)市、州卫生计生委工作职责

负责本市、州项目工作的组织管理工作,做好宣传、培训和督导工作。

(四)省级专家组工作职责

开展专业培训和技術指导,协助卫生计生行政部门进行项目

督导,提供疑难病例诊疗的技术支持。

(五)项目实施单位及项目管理单位工作职责

1. 项目实施单位工作职责。负责区域内救助患儿的资格初审和信息录入,并将初审合格的患儿相关资料报送至项目管理单位;对获得救助资格的患儿发放回执单,指导患儿填写后报送至项目管理单位;对获得救助款的患儿进行回访;负责救助项目的宣传和资料存档等工作;配合基金会开展公益活动。

2. 项目管理单位工作职责。审核项目实施单位录入的信息;组织省内专家进行资格复审,复审合格后上报基金会;向获得救助资格的患儿发放救助回执单,汇总项目实施单位上报的回执单一并上报至基金会;组织开展培训;配合基金会开展公益活动;汇总本省项目的进展情况,定期向省卫生计生委和基金会报送工作总结。

六、保障措施

(一)经费管理

项目资金由中央专项彩票公益金支持,包括救助经费和管理经费,救助经费由基金会直接向符合条件的救助患儿银行账户拨付,经费支出必须遵循《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》、《中央和国家机关培训费管理办法》和国家相关财务规定。管理经费由基金会直接拨付我省项目管理单位,专项用于开展项目宣传、健康教育、资料审核和录入、数据整理和分析、回访、会诊、督导、绩效考评,以及开展各项专业培训工作。

(二)项目督导

省卫生计生委定期组织省级专家对各地项目管理情况、患儿救助情况、管理资金使用情况进行督导。项目管理单位做好对项目实施单位的督导工作。

(三)项目总结

项目管理单位每年6月30日和12月31日前将阶段性工作总结和年度工作总结报送至省卫生计生委。总结内容包括:项目实施情况、项目资金使用和结余情况、项目社会效益和经济效益。

- 附件:1. 贵州省出生缺陷救助项目实施单位名单
2. 贵州省出生缺陷救助项目省级专家组
3. 出生缺陷救助项目救助病种名单
4. 家庭贫困证明模板
5. 出生缺陷救助项目患儿申请表
6. 出生缺陷救助项目救助患儿回执单
7. 出生缺陷救助项目救助患儿回访情况登记表
8. 出生缺陷救助项目患儿救助情况登记表
9. 出生缺陷救助项目患儿救助情况汇总表
10. 出生缺陷救助试点项目工作流程图

附件 1

贵州省出生缺陷救助项目实施单位名单

贵州省(贵阳市)妇幼保健院

贵州省人民医院

贵州医科大学附属医院

贵阳市第二人民医院

安顺市妇幼保健院

毕节市妇幼保健计划生育服务中心

六盘水市妇幼保健院

遵义市妇幼保健院

黎平县妇幼保健计划生育服务中心

附件2

贵州省出生缺陷救助项目省级专家组

组长：

孙 袁 省(贵阳市)妇幼保健院副院长/妇产科主任医师

成员：

牟鸿江 省疾控中心妇幼保健所所长/副主任医师

黄太华 省疾控中心妇幼保健所副所长/副主任医师

晏 明 省(贵阳市)妇幼保健院医务科长/妇产科副主任医师

骆 艳 省(贵阳市)妇幼保健院保健部副主任/儿保副主任医师
医学博士

鲁永辉 省(贵阳市)妇幼保健院儿保主任医师

刘树青 省(贵阳市)妇幼保健院儿保副主任医师

吴忠琴 省(贵阳市)妇幼保健院优生遗传科主任医师/优生遗传科主任

杨 雪 省(贵阳市)妇幼保健院优生遗传科副主任医师/优生遗传科副主任

刘 毓 省(贵阳市)妇幼保健院儿童内分泌遗传代谢科副主任医师/儿童内分泌遗传代谢科副主任

杨 莹 省(贵阳市)妇幼保健院儿童内分泌遗传代谢科副主任医师

熊迎春 省疾控中心妇幼保健所儿保科科长/副主任医师
张 玲 省疾控中心妇幼保健所儿保科副科长/副主任医师
张 谊 省疾控中心妇幼保健所儿保科主任医师
张宏红 省疾控中心妇幼保健所新筛中心实验室副主任/主任
医师
安 露 省疾控中心妇幼保健所新筛中心门诊部主任/副主任
医师

附件3

出生缺陷救助项目救助病种名单

一、新生儿48项遗传代谢病串联质谱检测出的病种(氨基酸、有机酸和脂肪酸三大类疾病)

表1 有机酸血症类遗传代谢病

序号	疾病名称(酶或缺陷)
1	异戊酸血症(异戊酰辅酶A脱氢酶)
2	戊二酸血症I型(戊二酰辅酶A脱氢酶)
3	3-羟基-3-甲基戊二酸血症(3-羟基-3-甲基戊二酰基-辅酶A裂解酶)
4	多种辅酶A羧化酶缺乏症(全羧化酶合成酶、生物素酶)
5	甲基丙二酸血症(甲基丙二酰辅酶A变位酶)
6	甲基丙二酸血症(腺苷钴胺素合成酶)
7	甲基丙二酸血症合并同型半胱氨酸血症(MMA变位酶及MTHF甲基转移酶)
	甲基丙二酸血症合并同型半胱氨酸血症(MMADHC蛋白、MMACHC蛋白等)
8	3-甲基巴豆酰辅酶A羧化酶缺乏症(3-甲基巴豆酰辅酶A羧化酶, α , β)
9	丙酸血症(丙酰辅酶A羧化酶)
10	β 酮基硫解酶缺乏症(β 酮基硫解酶)
11	丙二酸血症(丙二酰辅酶A脱羧酶)
12	异丁酰甘氨酸尿症(异丁酰基-辅酶A脱氢酶)
13	2-甲基-3-羟基丁酸血症(2-甲基-3-羟基丁酰辅酶A脱氢酶)
14	2-甲基丁酰甘氨酸尿症(2-甲基丁酰辅酶A脱氢酶)
15	3-甲基戊烯二酸血症(3-甲基戊二烯二酰辅酶A水解酶)
16	乙基丙二酸血症

表2 脂肪酸氧化缺陷类遗传代谢病

序号	疾病名称(酶或缺陷)
1	中链酰基辅酶A脱氢酶缺乏症(中链酰基辅酶A脱氢酶)
2	极长链酰基辅酶A脱氢酶缺乏症(极长链酰基辅酶A脱氢酶)
3	长链羟酰基辅酶A脱氢酶缺乏症(长链-3-羟脱氢酶)
4	三官能团蛋白质缺乏症(三官能团蛋白[α , β 亚基])
5	原发性肉碱缺乏症
6	短链酰基辅酶A脱氢酶缺乏症(短链酰基辅酶A脱氢酶)
7	戊二酸血症II型(电子转移黄素蛋白[ETF; α , β 亚基,ETFDH])
8	短链左-3-羟酰基辅酶A脱氢酶缺乏症(短链左-3-羟酰基辅酶A脱氢酶)
9	中链酰基辅酶A硫解酶缺乏症(中链酰基辅酶A硫解酶)
10	肉碱棕榈酰转移酶缺乏症II型(肉碱棕榈酰II型)
11	肉碱-酰基肉碱的移位酶缺乏症(肉碱-酰基肉碱移位酶)
12	肉碱棕榈酰转移酶缺乏症I型(肉碱棕榈酰Ia型)
13	2,4-二烯醇-辅酶A还原酶缺乏症(2,4二烯醇-辅酶A还原酶)

表3 氨基酸代谢障碍类遗传代谢病

序号	疾病名称(酶或缺陷)
1	高苯丙氨酸血症
2	枫糖尿病(支链 α -酮酸脱氢酶)
3	高胱氨酸尿血症(胱硫醚 β 合成酶【CBS】)
4	瓜氨酸血症I型(精胺丁二酸合成酶)
5	精胺丁二酸酶缺乏症(精胺丁二酸裂解酶)
6	酪氨酸血症I型(延胡索酰乙酰乙酸水解酶)
7	高苯丙氨酸血症(变种,良性;苯丙氨酸羟化酶)
8	酪氨酸血症II型(酪氨酸转氨酶)
9	生物喋呤生物合成病(6-丙酮酰四氢喋呤合成酶)
10	高精氨酸血症(精氨酸酶)
11	酪氨酸血症III型(4-羟基-苯基-丙酮酸氧化酶)
12	生物喋呤的再生障碍(二氢喋啶还原酶)
13	高蛋白血症(甲硫氨酸腺苷三磷酸钴胺素腺苷转移酶)
14	瓜氨酸血症II型(天冬氨酸谷氨酸载体【柠檬酸】)
15	高鸟氨酸血症-高血氨症-高同型瓜氨酸尿症综合症
16	高脯氨酸血症
17	非酮性高甘氨酸血症
18	鸟氨酸氨甲酰转移酶缺乏症
19	氨甲酰磷酸合成酶缺乏症

二、其他遗传代谢病病种(17种)

1. 先天性甲状腺功能减低症 congenital hypothyroidism
2. 先天性肾上腺皮质增生症 congenital adrenal hyperplasia
3. 半乳糖血症 galactosemia
4. 肝豆状核变性 hepatolenticular degeneration;Wilson disease
5. 糖原累积病 glycogen storage disease
6. 粘多糖病 mucopolysaccharidosis
7. 尼曼匹克病 Niemann-Pick disease
8. 戈谢病 Gaucher disease
9. 法布里病 Fabry disease
10. 粘脂病 mucopolipidosis disease
11. 家族性高甘油三酯血症 familial hypertriglyceridemia
12. 异染性脑白质营养不良 metachromatic leukodystrophy
13. 球形脑白质营养不良 Spherical leukodystrophy; Krabbe disease
14. 神经节苷脂贮积病 gangliosidosis
15. 多种硫酸酯酶缺乏症 multiple sulfatase deficiency

ciency

16. 低磷性佝偻病 phosphopenic rickets

17. 线粒体病 mitochondriopathy

三、以上救助病种名单仅供参考,如有不在名单中,但实为遗传代谢病的,交由评审委员会决定是否纳入救助范围。

附件 4

贫 困 证 明

兹证明我(乡镇或居委会)居民_____之子(女) _____
姓名_____年龄____, 因患_____疾病导致家庭经济困难,
其监护人姓名_____, 身份证号码_____。
家庭收入情况为: _____, 属于贫困家庭。特此
证明! (此证明仅用于申请中国出生缺陷干预救助基金会的出生
缺陷救助项目患儿资助, 他用无效)。

居委会(村委会) 签字:

盖章:

日期:

联系电话:

附件 5

出生缺陷救助项目患儿申请表

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： _____

移动电话： _____

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 政 编 码： _____

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. 该项目申请对象为0~14周岁、具有中国国籍的家庭贫困的、患有临床确诊的遗传代谢性出生缺陷疾病的患儿。
3. 本项目仅针对患儿在2015年1月1日（含）至2016年12月20日（含）期间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. 申请人申报资料须经户籍所在地项目实施单位审核后报项目管理单位复审，由项目管理单位组织专家评审后将救助名单经省卫计委报至中国出生缺陷干预救助基金会。
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. 通过审批确定的救助对象名单在中国出生缺陷干预救助基金会官方网站上公示无异议后，由项目管理单位向申请人监护人寄发《资助告知书》。请申请人监护人注意查收、领取。
8. 批准资助的患儿监护人收到书面《资助告知书》后，必须按《资助告知书》要求签署回执并提交相关资助资料，办理资助手续合格后才能获得资助；
9. 出生缺陷干预救助项目对符合救助要求的出生缺陷患儿为一次性救助，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。
10. 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。
11. 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。
12. 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	<p>申请人或其监护人签名：</p> <p style="margin-left: 200px;">年 月 日</p>						

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：_____;
2. 目前就治医院：_____, 治疗效果：_____;
3. 治疗花费情况：已花费_____;
4. 已治疗及预计治疗时间：____年__月__日至____年__月__日;
5. 治疗期间预计总共需要多少费用：_____;
6. 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？

申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料

1. 身份证明材料：申请人及其监护人户口簿和身份证复印件。如户口簿无法证实监护关系的，须提供申请人出生证明或派出所开具的监护关系证明原件及最新生活照片。
2. 病情证明材料：须提供三级以上且具备出生缺陷疾病诊疗能力的医疗机构或者当地新生儿筛查中心出具的出生缺陷疾病诊断报告单和病情诊断证明（原件或复印件）。
3. 家庭经济贫困证明材料：村（居）委会出具的家庭经济状况证明原件。如属城乡低保、军烈属、残疾人家庭的患者需提供低保证、军烈属证、残疾人证（复印件）或当地民政局证明；孤儿需提供当地民政局或福利院证明；家庭成员患有重大疾病的，需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。

评审单位意见

项目管理单位 初审意见	联系电话： 负责人签名： 年 月 日
专家评审意见	联系电话： 负责人签名： 年 月 日
基金会 审核意见	联系电话： 负责人签名： 年 月 日

附件6

出生缺陷救助项目受助患儿回执单

_____的监护人：

中国出生缺陷干预救助基金会（以下简称基金会）出生缺陷救助项目由中央专项彩票公益金支持，在国家卫计委的领导下，对符合救助条件的我国遗传代谢性出生缺陷患儿的诊断及治疗提供救助，降低致死致残等严重并发症的发生，减少出生缺陷发生率，提高人口素质。根据您的求助申请，经评委会评审，决定从项目资金中安排医疗费用资助患儿进行治疗。

为帮助您顺利办理资助手续，现告知您如下事项：

1. 根据基金会《出生缺陷干预救助项目管理办法》规定，除社会定向捐助外，基金会结合国家城镇医保和新农合报销比例政策，受助人在城镇医保和新农合报销后，按以下四个标准实施资助：
 - （1）家庭自费部分大于 3000 元（不含 3000 元），小于等于 5000 元的，资助标准为 3000 元；
 - （2）家庭自费部分大于 5000 元（不含 5000 元），小于等于 7000 元的，资助标准为 5000 元；
 - （3）家庭自费部分大于 7000 元（不含 7000 元），小于等于 10000 元的，资助标准为 7000 元；
 - （4）家庭自费部分大于 10000 元的（不含 10000 元），资助标准为 10000 元。
2. 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。
3. 本项目原则上为一次性资助，同一患儿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。但若有社会爱心人士定向为患儿捐款，中国出生缺陷干预救助基金会保证将该定向资助款及时用于患儿的医疗救助。
4. 中止及终止资助
 - （1）经医疗检查，需暂缓治疗的，中止资助。中止资助的患儿可以申请列入暂缓治疗名单。符合治疗条件时，监护人须通过项目实施单位通知项目管理单位，评审时可优先列入评审名单；

- (2) 在评审回访时如发现隐瞒患儿实际情况的（依据评审时间为准），终止资助；
- (3) 如果患儿因病去世且未产生医疗费用的，及病情自行愈合的，终止资助；
- (4) 家庭自费部分金额不足 3000 元的终止资助；
5. 基金会只在医疗费用上予以资助，不能承担治疗效果、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。
6. 为便于接受社会监督，基金会可通过媒体对外公布受助患儿的基本情况。
7. 优先选择就近的项目实施单位作为患儿就治医院，具体分布情况可咨询当地项目管理单位或基金会。
8. 患儿监护人须通过项目实施单位向项目管理单位提交以下资料：
 - (1) 监护人签字并按手印（拇指或食指手印）后的《出生缺陷救助项目受助患儿回执单》回执一份。
 - (2) 住院首页、出院记录（有医院印章）或者门（急）诊记录（有医院印章）。
 - (3) 费用清单（可以是复印件，但需有印章）。
 - (4) 患儿治疗前后照片（可提供电子版）。
 - (5) 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患儿，直接提供患儿医疗票据原件；收据上无收费明细的需同时提供收费结算单。
 - ②参加“新农合”、“城镇医保”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，由申请人提供患儿报销后的原始票据；如就治医院无法办理医保报销的，由患儿监护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患儿的监护人请以患儿名字在中国银行、中国工商银行、中国建设银行、中国农业银行和农村信用合作联社（农村商业银行）中任选一家金融机构，办理一张银行卡或存折后，提供银行卡或存折首页复印件及患儿户口簿复印件。或者提供监护人银行账户（需为以上五个银行之一），以及与患儿的监护关系证明（户口簿或其他可证明监护关系的证明）。
9. 患儿资助回执单及以上相关资料由项目管理单位审核后，经省卫计委备案后报至中国出生缺陷干预救助基金会，由基金会对患儿以上资料及医疗票据进行审核后，向确认无误的受助患儿银行账户里拨付相应

的资助款项。

10. 请填写并沿虚线裁下“回执”，连同上述第8条所列资料，通过所在地项目实施单位报送至项目管理单位，票据资料寄送截止日期为2016年12月30日（以项目管理单位收到医疗票据时间为准）。
11. 本项目仅针对患儿在2015年1月1日（含）至2016年12月20日（含）期间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。
12. 患儿在收到资助款后，请您及时告知所在地项目管理单位或项目实施单位，并有义务配合相关宣传、回访等工作。

祝您的孩子早日康复！

____年____月____日
(项目管理单位盖章)

____年____月____日
(基金会盖章)

.....沿此线裁下.....

回 执

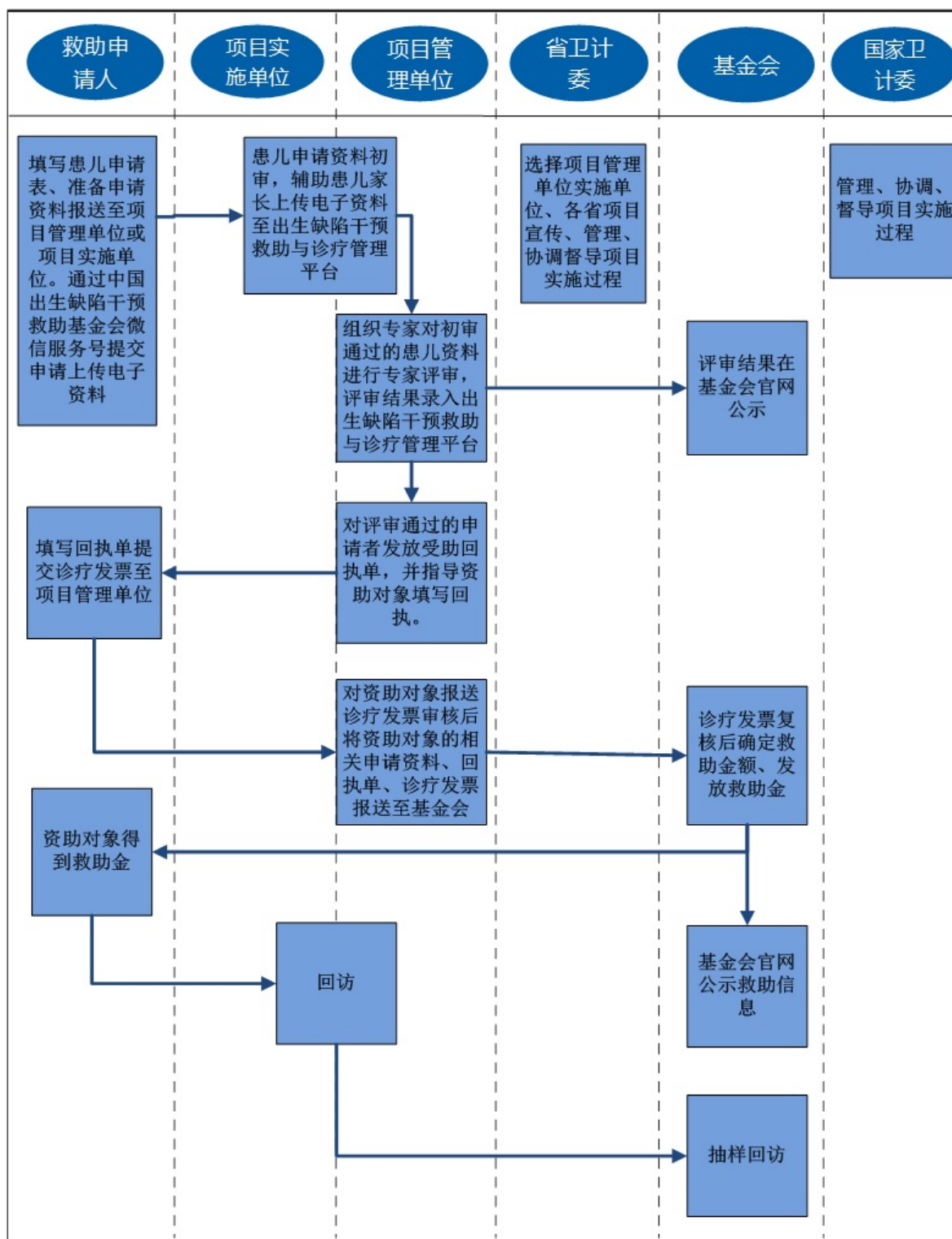
中国出生缺陷干预救助基金会：

我是_____的监护人_____（如非监护人，请注明与患儿身份：_____），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《出生缺陷救助项目受助患儿回执单》内容。患儿患有_____病，已于____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，请将资助款汇入患儿账户：患儿银行卡或存折账户户名：_____，开户行：（银行分行支行）_____，卡号或存折账号：_____。

患儿监护人签名（按手印）

____年____月____日

出生缺陷救助试点项目工作流程图



贵州省卫生计生委办公室

2017年1月12日印发

共印 35 份