**Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam
Độc Lập - Tự Do - Hạnh Phúc**

…………, Ngày…….Tháng…...Năm

**ĐƠN XIN TRỢ CẤP BỆNH HIỂM NGHÈO**

Kính gửi: Sở Y Tế…………………………………………………………………... Bệnh viện/ Trung tâm y tế ………………………………………

* Căn cứ quyết định Số…………….Ngày………..tháng……..năm…………….của UBND tỉnh/ thành phố…………………………….về việc Quy định hỗ trợ một phần chi phí khám chữa bệnh cho người nghèo, người gặp khó khăn đột xuất do mắc bệnh nặng, bệnh hiểm nghèo trên địa bàn tỉnh/ thành phố
* Căn cứ vào nhu cầu bản thân;

Tôi tên là: …………………………….. Sinh ngày …….../……….../………..

Số CMND ……………………………...Cấp ngày ……..../……….../……….

Tại ………………….

Hộ khẩu thường trú…………………………………………………………………

Số điện thoại:............................................. Email:.....................................................................

Hiện nay tôi đang điều trị bệnh ……………..………………………………………………………..
tại bệnh viện/ Trung tâm y tế ………………………………………………………………………....

Thời gian điều trị bệnh kéo dài, kinh phí điều trị bệnh lên đến……………………….triệu đồng ( gửi kèm hóa đơn viện phí). Tuy nhiên hoàn cảnh gia đình tôi lại rất khó khăn( nêu chi tiết hoàn cảnh gia đình).

Vì vậy, việc tiếp tục điều trị với tôi là vô cùng khó khăn. Tôi được biết vừa qua Ủy Ban Nhân Dân tỉnh/ thành phố đã ban quyết định số………..ngày……...tháng……..năm……….về việc Quy định hỗ trợ một phần chi phí khám chữa bệnh cho người nghèo, người gặp khó khăn đột xuất do mắc bệnh nặng, bệnh hiểm nghèo trên địa bàn tỉnh/ thành phố……………...Tôi thấy đây là một việc làm rất có ý nghĩa đối với các bệnh nhân mắc bệnh hiểm nghèo có hoàn cảnh khó khăn như bản thân tôi.

Nay tôi làm đơn này, rất mong quý cơ quan xem xét về hoàn cảnh của tôi và tạo điều kiện giúp đỡ tôi để tôi được hưởng trợ cấp bảo hiểm bệnh hiểm nghèo, từ đó giúp tôi có điều kiện tiếp tục điều trị bệnh, hồi phục sức khỏe.

Tôi xin chân thành cảm ơn.

Người làm đơn

*(Ký và ghi rõ họ tên)*