ZJGC12-2018-0006

附件1

金华市区道路交通事故社会救助基金垫付申请通知书

金道交基垫通字[20 ]第 号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事故时间 | 年 月 日 时 分 | | | | | | |
| 事故地点 |  | | | 医疗/丧葬机构 | |  | |
| 受害人  情况 | 姓 名 | 伤亡情况 | 性 别 | 年 龄 | 身份证号码 | | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
| 事故车辆情况 | 甲车号牌 |  | 车 辆  所有人 |  | 驾驶人 | |  |
| 交 强 险  保险公司 |  | | | 交强险  保单号 | |  |
| 乙车号牌 |  | 车 辆  所有人 |  | 驾驶人 | |  |
| 交 强 险  保险公司 |  | | | 交强险  保单号 | |  |
| 丙车号牌 |  | 车 辆  所有人 |  | 驾驶人 | |  |
| 交 强 险  保险公司 |  | | | 交强险  保单号 | |  |
| （申请人）：  经核实，道路交通事故符合《金华市区道路交通事故社会救助基金管理试行办法》第十四条垫付条件（在符合的条件项前“□”内打“√”）  □1.抢救费用超过交强险责任限额；  □2.肇事机动车未参加交强险；  □3.机动车肇事后逃逸，  你单位（你）可以申请金华市区道路交通事故社会救助基金垫付  □1.抢救费用；  □2.丧葬费用。  联系人： 联系电话：  □金华市公安局交通警察支队  □浙江省公安厅高速公路交通警察总队金华支队  □金华市农业机械管理站  （公章）  年 月 日 | | | | | | | |

注：本通知书一式三份，一份存档，一份送医疗机构或受害人或其近亲属，一份送市救助基金管理中心。

附件2

金华市区道路交通事故社会救助基金抢救费用垫付申请书

医疗机构（盖章）： 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受害人姓名 |  | | 性别 |  | | 年龄 |  | 联系方式 | |  |
| 身份证住址 |  | | | | | 身份证号码 | |  | | |
| 医疗机构经办人姓名 |  | | | | | 经办人联系方式 | |  | | |
| 受害人伤情及抢救简况（详情可另附） | 抢救前诊断结果 | | | | | 抢救后诊断结果 | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| 抢救时间 | 年 月 日 时 分开始  年 月 日 时 分结束 | | | | | | | 计 小时 分 | |
| 抢救费用 | 合计：¥ 元 | | | | 已预付费用情况 | | | | | |
| 交强险已预付 | | | | 其他已预付 | |
| ¥ 元 | | | | ¥ 元 | |
| 申请垫付  金额 | 合计：¥ 元（详见费用清单）  大写： 万 仟 佰 拾 元 角 分 | | | | | | | | | |
| 收款账号 | 户 名 |  | | | | | | | | |
| 开户行 |  | | | | | | | | |
| 账 号 |  | | | | | | | | |
| 交警支队或高速交警支队（市农机管理站）审核意见 | 经办人意见：  签 名： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 分管领导意见：  签 名： （公章） 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 市社保局审核意见 | 经办人意见（附审核报告单）：  签 名： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 分管领导意见：  签 名： （公章） 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 市救助基金管理中心审核意见 | 经办人意见：  签 名： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 负责人意见：  签 名： （公章） 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 市财政局分管领导审批意见 | 签 名： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 领导小组审批意见 | 签 名： （公章） 年 月 日 | | | | | | | | | |

附件3

金华市区道路交通事故伤员抢救超过72小时情况说明

医疗机构(盖章):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受害人姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证地址 |  | | | | |
| 工作单位 |  | | | | |
| 抢救时间 |  | | | | |
| 诊断及伤情 |  | | | | |
|
| 目前治疗费用 |  | | | | |
| 申请超过72小时抢救费用理由 | | | | | |
|  | | | | | |
|
|
|
|
|
| 主治医生签名： 年 月 日 | | | | | |
| 医院负责人签名： 年 月 日 | | | | | |
| 市卫生局意见：  签名： （公章） 年 月 日 | | | | | |

附件4

金华市区道路交通事故社会救助基金

抢救费用垫付审核报告单

根据《道路交通事故受伤人员临床诊疗指南》、《浙江省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》制定的收费标准，我局对 （医院）提交的申请垫付受害人 的抢救费用发票、费用清单等有关证明材料原件和复印件进行审核。

申请垫付费用总额 元（大写 万 仟 佰 拾 元 角 分），单据 张。经审核，符合规定的项目金额为 元

（大写 万 仟 佰 拾 元 角 分），建议予以垫付。不符合规定项目 项（见下表），金额为 元（大写 万 仟

佰 拾 元 角 分），建议予以核减。

单位：元

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 不符合收费标准项目 | 金额 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 金额合计 |  | |

审核人：

（公章）

年 月 日

注：本报告单一式三份，一份存档，一份送医疗机构，一份送市救助基金管理中心。附件5

金华市区道路交通事故社会救助基金丧葬费用垫付申请书

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受害人 | 姓名 | |  | | | 性别 | |  | | 年龄 | | |  |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | | | |
| 身份证住址 | |  | | | | | | | | | | |
| 申请人填写 | 受害人近亲属 | | 姓名 | |  | | | | 联系方式 | | |  | |
| 身份证号码 | |  | | | | 与受害人关系 | | |  | |
| 肇事机动车号牌 | |  | | | | | | 垫付通知书文号 | | |  | |
| 办案单位 | |  | | | | | | | | | | |
| 办案人员 | |  | | | | 联系方式 | | | |  | | |
| 申请垫付金额 | | 遗体接运 | | | | ¥ 元 | | | | 预付费用情况 | | |
| 遗体停放 | | | | ¥ 元 | | | | 交强险已预付  ¥ 元 | | |
| 遗体冷藏 | | | | ¥ 元 | | | |
| 遗体火化 | | | | ¥ 元 | | | | 其他已预付  ¥ 元 | | |
| 骨灰寄存 | | | | ¥ 元 | | | |
| 合计 | 小写: ¥ 元 | | | | | | | | | |
| 大写: 万 仟 佰 拾 元 角 分 | | | | | | | | | |
| 殡葬机构  收款账号 | | 户 名 | | | |  | | | | | | |
| 开户行 | | | |  | | | | | | |
| 账 号 | | | |  | | | | | | |
| 个人声明 | | 我声明：  我所提供的申请材料真实可靠，如有提供虚假材料骗取救助基金垫付的，我承担由此产生的法律责任。  申请人签名押印： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 交警支队或高速交警支队（市农机管理站）审核意见 | | | 经办人意见：  签 名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 分管领导意见：  签 名： （公章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 市救助基金管理中心审核意见 | | | 经办人意见：  签 名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 负责人意见：  签 名： （公章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 市财政局分管领导审批意见 | | | 签 名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 领导小组审批意见 | | | 签 名： （公章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

附件6

金华市区道路交通事故社会救助基金

家庭特殊困难一次性经济补助申请通知书

金道交基补通字[20 ]第 号

（交通事故受害人，如受害人死亡的可填其近亲属）：

受害人 ，性别 ，身份证号 ，身份证住址 ，现住址 ，于 年 月 日在 发生道路交通事故导致 （填伤亡情况）。该交通事故肇事人为 ，性别 ，身份证号 ，身份证住址 ，现住址 ，联系方式 ，肇事车辆号牌 ，肇事车所有人 ，交强险保险公司名称 ，交强险保单号 （逃逸则填“/”），抢救医院/殡葬机构为 。

经初步资格审查，该交通事故符合《金华市区道路交通事故社会救助基金管理试行办法》（金政办发〔2012〕118号）第十四条申请补助条件（在符合的条件项前“□”内打“√”）。

□1.抢救费用超过交强险责任限额；

□2.肇事机动车未参加交强险；

□3.机动车肇事后逃逸；

□4.其他需救助事项：因机动车道路交通事故赔偿义务人无力赔偿造成受害人家庭特殊困难的。

你可向金华市道路交通事故社会救助基金管理中心申请家庭特殊困难一次性经济补助。现将补助条件、补助类别及限额、申请补助所需材料等有关事项告知如下，请你仔细阅读。

一、补助条件

申请救助基金家庭特殊困难一次性经济补助需符合以下条件：

（1）受害人为其家庭唯一或主要经济收入来源的；

（2）受害人及其具有扶养义务的家庭成员部分或全部无劳动能力，无其他经济收入来源的；

（3）受害人家庭生活水平符合城乡低保标准或难以维持正常生活的。

二、补助类别及限额

补助类别分重伤、致残、死亡三个类别。重伤、致残补助限额为20000元以下；死亡补助限额为30000元以下。

三、申请补助所需材料

（1）交警支队或高速交警支队出具的《金华市区道路交通事故社会救助基金家庭特殊困难一次性经济补助申请通知书》，《尸体处理通知书》（受害人死亡的提供）、交通事故处理结案证明材料；

（2）《金华市区道路交通事故社会救助基金家庭特殊困难一次性经济补助申请书》；

（3）受害人身份证明、户口簿原件和复印件，申请人为受害人近亲属的，需提供受害人近亲属身份证明原件和复印件、受害人近亲属户籍所在地公安机关出具的与受害人关系证明、受害人（死亡除外）授权委托办理申请手续证明；

（4）受害人户籍所在地县级以上劳动能力鉴定机构和交通事故伤残鉴定机构出具的受害人及其被扶养人部分或全部无劳动能力和伤残鉴定证明材料；

（5）受害人户籍所在地村（居）民委员会、乡镇（街道）、县级以上民政部门出具的受害人为其家庭唯一或主要生活来源，家庭生活状况符合城乡低保标准或难以维持正常生活证明材料；

（6）市救助基金管理中心认为需要提供的其他证明材料。

四、注意事项

（1）申请人员请于收到该通知书之日起30个工作日内向市救助基金管理中心提出申请；

（2）申请人员所提供的申请材料必须真实可靠，如以提供虚假材料等手段骗取救助基金的，申请人员要承担由此产生的法律责任。

□金华市公安局交通警察支队

□浙江省公安厅高速公路交通警察总队金华支队

□金华市农业机械管理站

（公章）

年 月 日

注：本通知书一式三份，一份存档，一份送受害人或其近亲属，一份送市救助基金管理中心。

附件7

金华市区道路交通事故社会救助基金

家庭特殊困难一次性经济补助申请书

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人基本信息 | 受害人姓 名 | |  | | 性 别 |  | 伤 亡  情 况 |  | | |
| 身 份  证 号 | |  | | | 联 系 方 式 |  | | | |
| 身份证住 址 | |  | | | 现住址 |  | | | |
| 近亲属姓 名 | |  | | 性 别 |  | 与受害人关系 |  | | |
| 身 份  证 号 | |  | | | 联 系 方 式 |  | | | |
| 身份证住 址 | |  | | | 现住址 |  | | | |
| 申 请  事 项 | |  | | 申 请  金 额 |  | | 户名 |  | |
| 开户行 | |  | | | 账 号 |  | | | |
| 简要案情 | 事 故  时 间 | |  | | 事 故  地 点 |  | | 是否逃逸案件 | |  |
| 肇事人姓 名 | |  | | 性 别 |  | 联 系方 式 |  | | |
| 身 份  证 号 | |  | | | 身份证住 址 |  | | | |
| 现住址 | |  | | | 肇事车号 牌 |  | 肇事车所有人 | |  |
| 交强险保险公司名称 | | |  | | | 交强险保单号 |  | | |
| 案情按照通知书记载填写 | | | | | | | | | | |
| 申请理由及个人申明 | 申请理由：  个人申明：  我申明，我所提供的申请材料真实可靠，如有提供虚假材料骗取救助基金补助的，我承担由此产生的法律责任。  申请人签名押印： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 交警支队或高速交警支队（市农机管理站）审  核意见 | | 经办人意见：  签名： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 分管领导意见：  签名： （公章） 年 月 日 | | | | | | | | |
| 市民政局审核意见 | | 经办人意见：  签名： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 分管领导意见：  签名： （公章） 年 月 日 | | | | | | | | |
| 市救助基金管理中心（领导小组办公室）审核意见 | | 经办人意见：  签名： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 负责人意见：  签名： （公章） 年 月 日 | | | | | | | | |
| 市财政局分管领导审批意见 | | 签名： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 领导小组审批意见 | | 签名： （公章） 年 月 日 | | | | | | | | |

填表说明：1.交警支队或高速交警支队（市农机管理站）负责根据事故基本情况和《试行办法》第十四

条规定对申请人进行资格初审并出具具体审核意见。

2.市民政局负责根据《细则》第二十条规定进行审核并出具具体审核意见及补助金额建议。

附件8

金华市区道路交通事故社会救助基金

申请审核结果通知书

金道交基申审字[20 ]第 号

（申请人）：

受害人 于 年 月 日在 发生道路交通事故，肇事车辆号牌为 ，交强险保单号 （逃逸则填“/”）。

你们于 年 月 日提交的申请救助项目：

□申请垫付抢救费用 元；

□申请垫付丧葬费用 元；

□申请家庭特殊困难一次性经济补助 元。

经审核：

（项目） 元，符合《金华市区道路交通事故社会救助基金管理试行办法》规定，予以垫付/补助。

（项目） 元，不符合《金华市区道路交通事故社会救助基金管理试行办法》规定，不予垫付/补助。

联系人： 联系电话： 传真：

金华市道路交通事故社会救助基金管理中心

（公章）

年 月 日

注：本通知书一式三份，一份存档，一份送医疗机构或受害人或其近亲属，一份送交警支队或高速交警支队（市农机管理站）。

附件9

金华市区道路交通事故社会救助基金

垫付费用限期偿还通知书

金道交基垫偿字[20 ]第 号

（赔偿义务人）：

受害人 于 年 月 日在 发生道路交通事故，肇事车辆号牌为 交强险保单号 ，根据《金华市区道路交通事故社会救助基金管理试行办法》，我单位已对受害人垫付费用合计 元。

根据《中华人民共和国道路交通安全法》第七十五条“抢救费用超过责任限额的，未参加机动车第三者责任强制保险或者肇事后逃逸的，由道路交通事故社会救助基金先行垫付部分或者全部抢救费用，道路交通事故社会救助基金管理机构有权向交通事故责任人追偿”之规定和《金华市区道路交通事故社会救助基金管理试行办法》、《金华市区道路交通事故社会救助基金使用及追偿操作细则》之规定以及《交通事故认定书》所载内容，你应当偿还金华市区道路交通事故社会救助基金垫付费用 元，请于 年 月 日前将上述垫付费用转入我单位指定账户，逾期未还的，我单位将依法追偿。

户 名：

开户行：

账 号：

联系人： 联系电话： 传真：

金华市道路交通事故社会救助基金管理中心

（公章）

年 月 日

注：本通知书一式三份，一份存档，一份送赔偿义务人，一份送交警支队或高速交警支队（市农机管理站）。