

附件1

长治市XX县（区）肇事肇祸等严重精神障碍患者信息汇总表

填报单位（盖公章）：

填报时间：

序号	姓名	性别	年龄	身份证号	现住址	监护人姓名	与患者关系	联系方式	现实情况	备注
1										
2										
3										
4										
5										
6										
...										

填表人：

联系方式：

备注：此表由各县区卫体部门填报，并按时提供给同级医保部门。