|  |
| --- |
| 　　**附件2** |
| 　　                      年度“明天计划”补助资金需求表 |
| 　　类别 | 　　项目 | 　　上年执行情况 | 　　本年计划安排 | 　　备注 |
| 　　例数 | 　　资金（万元） | 　　例数 | 　　资金（万元） |
| 　　合计 | 　　其中：中央资金 | 　　合计 | 　　其中：中央资金 |
| 　　福利机构孤儿 | 　　诊疗 | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  |
| 　　康复 | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  |
| 　　特殊药品 | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  |
| 　　康复器具 | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  |
| 　　体检 | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  |
| 　　住院服务 | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  |
| 　　社会散居孤儿 | 　　诊疗 | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  |
| 　　康复 | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  |
| 　　特殊药品 | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  |
| 　　康复器具 | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  |
| 　　体检 | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  |
| 　　住院服务 | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  |
| 　　合计 | 　　诊疗 | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  |
| 　　康复 | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  |
| 　　特殊药品 | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  |
| 　　康复器具 | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  |
| 　　体检 | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  |
| 　　住院服务 | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  |
| 　　总计 | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  | 　　  |
| 　　填报单位（公章）： | 　　  | 　　  | 　　填报人： | 　　  |