

附件 3

_____机构____月个性化服务费用清单汇总表

序号	参保人姓名	身份证号	所选套餐	套餐价格	本月服务次数	基金支付	个人自付	本月结算数	预留考核款	实际拨付数	照护分区
1	张三	*****	个性化	200	4	200.00	0.00	200.00	4.00	196.00	第 服务中心
2	李四	*****	个性化	100	2	100.00	0.00	100.00	2.00	98.00	第 服务中心
3											第 服务中心
4											第 服务中心
5											第 服务中心
合计（元）：											
定点服务机构收款账户名称：											
定点服务机构收款账户开户行：											
定点服务机构收款银行账号：											
定点服务机构填表人：		审核人：			报送时间：						