

表 3-3 _____省（自治区、直辖市）重性精神疾病管理工作基本情况_____年度报表

全省（区、市）地市总数：_____ 区县总数：_____

报表时限：自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日 填报人：_____ 审核人：_____ 报告单位：_____（盖章）

		中央补助地方重性精神疾病管理治疗项目（686 项目）				其他项目/来源：				
	数量 (个)	覆盖 人口 (万人)	本级经费合计（万元）		数量 (个)	覆盖 人口 (万人)	本级 经费 (万元)	数量 (个)	覆盖 人口 (万人)	本级 经费 (万元)
			年度实际到位	期间使用						
省级	中央经费	--			--	--		--	--	
	省级经费	--		--	--	--		--	--	
地市级	本年度开展工作	--		--	--	--		--	--	
	其中：新增数量①	--		--	--	--		--	--	
区县级	本年度开展工作			--						
	其中：新增数量②			--				--	--	
项目执行机构		--		--	--	--		--	--	
经费合计		--			--	--		--	--	

填表说明：

1. 该表由区县、地市、省分别填写，按照区县—地市—省—国家顺序逐级汇总上报。涂黑且划横线的方框不用填写。
2. 每年 3 月 1 日前，省级精防机构汇总上年度 1 月 1 日—12 月 31 日期间的数据填写本年度报表，经省级卫生计生行政部门主管处室审核后加盖公章留存备案，并录入信息管理系统。
3. 数量（个）：指参加项目的地市/区县数量。
4. 配套经费不包括人员经费。
5. ①请注明：本年度新增地市名称 _____
②请注明：本年度新增区县名称 _____
6. 其他项目指 686 项目和基本公共卫生服务项目以外的项目。如有多个其他项目，请填写。