

四川省慈善总会·重大疾病慈善救助项目申请表

编号：

姓 名		性 别		出生年月		民 族		近期2寸照片
家庭住址				家庭人口				
联系电话				家庭上年总收入：				
家庭贫困情况：1、建卡贫困户 <input type="checkbox"/> 2、低保户 <input type="checkbox"/>								
3、残疾人 <input type="checkbox"/> 4、单亲家庭 <input type="checkbox"/> 5、其他困难 <input type="checkbox"/> _____								
家庭成员信息（直系亲属）								
姓 名	年 龄	与患者关系	工 作 单 位			联 系 电 话		
银行卡户名			银行卡号			开卡银行		
患者病情诊断及治疗医院	疾病名称：							
	治疗医院：							

接受过何种救助及救助金额							
家庭情况说明及申请救助的原因说明	<p>患者（监护人）签字： _____ 年 月 日</p>						
治疗费用情况	住院费用总额（元）	进入医保报销部分（元）	基本医疗保险报销金额（元）	个人支付费用（元）	民政救助报销金额（元）	建档贫困人员补助（元）	大病医疗报销金额（元）
市（州）慈善会初审意见	<p>经办人签字： _____ （盖章）</p> <p>_____ 年 月 日</p>			省慈善总会 审定意见	<p>经办人签字： _____ （盖章）</p> <p>_____ 年 月 日</p>		

需提供的附件材料：1、医院病情诊断证明；
2、患者身份证复印件或户口簿复印件；
3、贫困证明。建档立卡贫困户（扶贫手册）或低保证复印件或户籍所在地民政部门或人民政府出具的贫困证明（加盖鲜章）；
4、医疗住院费用结算单复印件，可提供一张或多张；
5、提供患者本人的银行卡或银行存折复印件（若患者本人无银行卡，必须是法定直系亲属，还需提供能证明两者关系的户口页复印件）注明银行卡或银行存折开户银行所在地区并加盖申请人手印。开卡银行信息写明xx银行xx支行。