**“湖北省慈善总会XX基金”**

**医疗救助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 性别 | |  | 出生年月 | |  | | 电子版 |
| 身份证号码 |  | | | | 联系电话 | |  | |
| 病 种 |  | | | | 自费金额 | |  | |
| 家庭年收入 |  | | | | 申请金额 | |  | |  |
| 困  难  状  况 | （自述家庭困难状况，病情及治疗费用情况） | | | | | | | | |
| 真  实  性  承  诺 | 郑重承诺：   1. 本人所提供的所有医疗资料、病情说明、经济状况等信息均为真实有效，无任何虚假或隐瞒之处。 2. 本人及家庭成员将积极配合审核工作，提供所需的一切证明材料。 3. 若获得贵机构的援助，本人将按照规定用途使用救助资金，不挪作他用。 4. 本人理解并同意，若发现提供的信息不实或违反承诺，贵组织有权撤销救助并要求返还已提供的资金。 5. 我特此向“xx基金”管理办公室申请资助，我知悉，本申请书的递交并不代表我已经获准得到项目救助。   本人对上述承诺负全部责任，并愿意承担由此产生的一切法律后果。    承诺人： | | | | | | | | |
| 收款  信息 | 户名 | |  | | | 收款人与申请人关系 | |  | |
| 账号 | |  | | | 开户行 | |  | |
| 备 注 | 疾病诊断证明、治疗发票复印件、身份证复印件、困难证明（低保证或乡镇、社区出具的困难证明）作为此表附件。 | | | | | | | | |