佛山市慈善会儿童大病医疗救助项目申请表

申请救助金额： □1万 □1.5万 □2万

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申**  **请**  **人**  **情**  **况** | 姓名 | |  | | | | 出生年月 | | | | |  | | | | | | 年龄 | | |  | | | | |
| 身份证号 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |
| 联系地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **代申请人情况** | 姓名 | |  | | | | | | 与申请人关系 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 身份证号 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |
| 联系电话 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **家**  **庭**  **情**  **况** | 户口所在地 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭人均月收入 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 类 别 | | □低保对象 □特困供养人员 □孤儿和事实无人抚养儿童  □临界低保对象 □《佛山市医疗救助办法》认定的因病致贫对象  □其他困难对象 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭情况说明（家庭经济情况、主要困难等，可另附页） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **主**  **要**  **家**  **庭**  **成**  **员**  **情**  **况** | 姓名 | 年龄 | 与申请人关系 | | | 工作单位 | | | | | | | | | | 个人月工资收入 | | | | | | 其他收入 | | | |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
| **申请人患病情况** | 疾病全称 | |  | | | | | | 确诊时间 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 确诊医院 | |  | | | | | | 实际治疗费用 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 医保和其他保险报销金额 | |  | | | | | | 个人自付金额 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **受资助情况** | 申请本项目次数 | | □第1次 □第2次 □第3次 | | | | | | | | | | 累计获得本项目救助金额 | | | | | | |  | | | | | |
| 接受其他资助  情况 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **账户**  **信息** | 开户行名称 | | 银行 支行 | | | | | | | | | | 账户名称 | | | | | | |  | | | | | |
| 存折（卡）账号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请人**  **声明** | 因患病存在经济困难，特申请佛山市慈善会儿童大病医疗救助项目救助。本人保证提供的信息和资料真实、合法和完整，所得救助金将用于申请用途，如有虚假，本人愿意承担相应法律责任，并退回已收取的款项。  申请人或代申请人签名（并按捺指模）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **镇（街道）慈善会或镇（街道）意见** | 经办人签名： （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **区慈善会审核意见** | 经办人签名： （公章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **项目评审委员会审核意见** | 经办人签名： （公章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **市慈善会秘书处意见** | 经办人签名： （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **备注** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**填表说明：**

1.此表由申请人或代申请人用黑色签字笔填写，一式两份，附加以下材料的清晰复印件（须查验人核对原件后签名确认）一并上报：①申请人身份证（或户口簿、出生医学证明）、代申请人身份证（正反面复印）。②家庭成员户口簿。③非佛山市户籍的申请人需提供父亲或母亲由佛山市社保部门出具的《佛山市社会保险参保缴费证明》。④家庭生活困难情况说明材料提供其中一种：《广东省城乡居民最低生活保障证》、《佛山市最低生活保障临界证》、《特困人员救助供养证》、《儿童福利证》、《佛山市医疗救助办法》因病致贫医疗救助对象提供加盖医保部门印章的医疗救助结算单、家庭成员所属单位出具的收入证明。⑤医疗费用资料（包含疾病诊断证明和出院小结，医疗费用收据或社保（医保）经办机构出具的医疗费用结算单及其他补充医疗保险理赔通知书，外购处方药发票及处方证明等）。⑥申请人或监护人银行卡。

2.申请人或代申请人须对填写资料的真实性负责，经审核发现与事实不符的责任自负。

3.佛山市慈善会地址：佛山市禅城区金鱼街49号二座通济楼2楼佛山市慈善会

电话：0757-83035554。