**随州市慈善总会**

**贫困家庭儿童大病救助申请表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患病儿童 | 姓名 |  | 性别 |  | 病名 |  | | 确诊  时间 |  |
| 出生  日期 |  | | 身份证号 | |  | | | |
| 监  护  人 | 姓名 |  | 与病孩关 系 |  | 职业 |  | | QQ号 |  |
| 电话 |  | | 身份证号 | |  | | | |
| 家庭地址 | |  | | | | 低保证号 |  | | |
| 病 情 和  困难情况  简 介 | | 县级民政部门（或慈善会）盖章  年 月 日 | | | | | | | |
| 市 慈 善  总会意见 | | 年 月 日 | | | | | | | |

注：附以下材料的复印件：1、病情诊断证明书；2、病情检验报告单；3、医院收费收据、农合（医保）报销凭证、低保报销凭证、民政部门救助凭证等；4、低保证(非低保户需提供乡级民政办出具的贫困证明)；5、患病儿童及监护人身份证、户口本。