附件1

“肿瘤患者精准帮扶”项目救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  基本  情况 | 姓 名 |  | 性别 | |  | 出生年月 |  | 民族 |  |
| 身份证号码 |  | | | | 联系电话 |  | | |
| 救助对象类别 |  | | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | |
| 家庭人均年收入 |  | | | | | | | |
| 银行账户姓名 |  | | 银行账号 | |  | | | |
| 开户行及  具体支行 |  | | | | | | | |
| 家庭  成员  情况 | 姓 名 | 出生年月 | | 与本人关系 | | 工作(学习)单位/职业 | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
| 类别 | 困难家庭(□特困供养户 □低保户 □易返贫致贫监测户 □其他类型困难 ) | | | | | | | | |
| 家庭困难情况说明(200字以内)  本人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者所在  工会、  乡镇(村委会)、  街道  意见 | 负责人签字： (单位盖章)  年 月 日 | | | |
| 精准帮扶医疗机构  审核意见 | 诊断疾病 |  | 医疗总费用 |  |
| 自费金额 |  | 拟救助金额 |  |
| 审核意见：  负责人签字： (单位盖章)  年 月 日 | | | |
| 永州市慈善总会  审批意见 | 负责人签字： (单位盖章)  年 月 日 | | | |

备注：1.患者申报材料包含：

①救助申请表；②申请人承诺书；③身份证、银行卡复印件；④困难证明复印件(如特困供养证、低保证、易返贫致贫监测户或其他困难证明)；⑤诊断证明书、医疗发票、出院记录、医保结算凭证等资料复印件需加盖医院收费专用章)；

2.请申请人如实填写相关信息，如情况不实则取消救助困金申请资格并追究相关法律责任；

3.银行账号信息请填写本人银行账号；

4.本申请表一式两份。