“点亮生命计划”大病救助项目申请表

（2023年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 | |  | | | |
| 性 别 |  | 年 龄 | |  | | 电话 |  |
| 家庭地址 |  | | | | | | |
| 贫困类别 | 低保□ 特困□ 三类边缘户□ | | | | | | |
| 疾病类型 |  | | 就诊医院 | |  | | |
| 自费金额 |  | | 救助金额 | |  | | |
| 信息授权 | 本人同意使用本人的个人信息用于开展慈善项目为目的公开募捐活动。  申请人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 市慈善总会  意见 | （机构盖章）  年 月 日 | | | | | | |

**申请时需同时递交以下材料：**

1.申请人身份证或户口本复印件；2.低保、特困证复印件或三类边缘户证明原件；3.医疗发票或医保结算单等原始凭据原件（一年内）；

4.疾病诊断证明； 5.近期病历首页。

“点亮生命计划”大病救助项目申请表

（2023年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 | |  | | | |
| 性 别 |  | 年 龄 | |  | | 电话 |  |
| 家庭地址 |  | | | | | | |
| 贫困类别 | 低保□ 特困□ 三类边缘户□ | | | | | | |
| 疾病类型 |  | | 就诊医院 | |  | | |
| 自费金额 |  | | 救助金额 | |  | | |
| 信息授权 | 本人同意使用本人的个人信息用于开展慈善项目为目的公开募捐活动。  申请人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 县区慈善会意见 | （机构盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| 市慈善总会  意见 | （机构盖章）  年 月 日 | | | | | | |

**申请时需同时递交以下材料：**

1.申请人身份证或户口本复印件；2.低保、特困证复印件或三类边缘户证明原件；3.医疗发票或医保结算单等原始凭据原件（一年内）；

4.疾病诊断证明； 5.近期病历首页。