**慈善福彩“点亮生命计划”贫困儿童**

**大病救助项目申请表**

申请日期： 年 月 日 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患儿姓名 | |  | | | 身份证号 | | |  | | | | | | | 照片 | |
| 性 别 | |  | | | 年 龄 | | |  | | | 民族 | | |  |
| 入院诊断 | |  | | | | | | 就诊医院 | | |  | | | |
| 自费金额 | |  | | | | 救助金额 | | |  | | | 是否低保 | | | 是□ | 否□ |
| 监护人姓名 | |  | 身份证号 | | | |  | | | | | 与患儿关系 | | |  | |
| 家庭地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 监护人电话 | | 电话1 | |  | | | | | | 电话2 | | |  | | | |
| 家庭情况  简介 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人郑重声明以上所填内容真实。  儿童或监护人签字： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市慈善会意见（签字盖章） |  | | | | | | | | | | | | | | | |

**申请时需同时递交以下材料：**

1．监护人身份证复印件；

2．家庭户口本复印件（首页、户主页、监护人页、患儿页）；

3．低保证复印件或困难证明原件（无法出具证明又必须救助的，由县级以上慈善会出具证明）；

4．医疗费用原件（一年内）；

5．疾病诊断证明；

6．近期病历首页。

**备 注：**

1．第4、5、6项材料应出自同一个医疗机构；

2．以上材料需A4纸大小并按顺序排放，如不是请粘贴至A4上；

3．费用原件包括：医疗发票、医保结算单等原始凭据。