2020年“点亮生命计划”贫困大病救助项目申请表

申请日期： 年 月 日 编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  | 照片 |
| 性 别 |  | 年 龄 |  | 电话 |  |
| 家庭地址 |  |
| 贫困类别 | 低保□ 建档立卡□ 特困□ 其他□ |
| 疾病类型 |  | 就诊医院 |  |
| 自费金额 |  | 救助金额 |  |
| 市慈善总会意见 |  |

**申请时需同时递交以下材料：**

1.申请人身份证、户口本复印件；

2.低保、建档立卡证、特困证复印件或困难证明原件（乡级以上）；

3.申请书(申请救助原因);

4.医疗发票或医保结算单等原始凭据原件（一年内）；

5.疾病诊断证明；

6.近期病历首页**（**第4、5、6项材料应为同一医院）。