附件1

河南省慈善联合总会·健康关爱慈善专项基金2024年度戈谢病援助项目申请表

入组编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 监护人姓名 |  | 关系 |  | 电话 |  |
| 家庭地址 |  | | 患者身份证号 |  | |
| 贫困类别 | 低保□ 特困□ 三类边缘户□ 困难□ | | | | |
| 疾病名称 |  | | 就诊医院 |  | |
| 自费金额 |  | | 救助金额 |  | |
| 开户行 |  | | 账户名称 |  | |
| 银行卡账号 |  | | | | |
| 患者/监护人诚信承诺 | （本人承诺已阅读悉知《致患者的一封信》的内容，愿意按照相关要求申报；所填写与提供材料真实，如有虚假，后果自负。）      申请人签字：  年 月 日 | | | | |
| 河南省慈善联合总会  审核意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | |

（以上内容由患者或其监护人填写，本人在姓名处按手印确认）