

2023 年吉林省困难家庭妇女 “两癌”免费医疗救助项目申请审批表

| | | | | | | | | |
|----------------------|--|----|--|------------------------------------|-------------------|--------|------------------------------|--|
| 患者姓名 | | 年龄 | | 联系电话 | | 病 种 | <input type="checkbox"/> 宫颈癌 | |
| 身份证号 | | | | 家庭住址 | | | <input type="checkbox"/> 乳腺癌 | |
| 困难类别 | <input type="checkbox"/> 低保户 <input type="checkbox"/> 特困供养对象 <input type="checkbox"/> 脱贫家庭 | | | | | | | |
| 家庭生活 困难状况 自述 | 本人签字： 年 月 日 | | | 村委会或 社区对家 庭困难类 别的审核 意见 | (公章) 年 月 日 | | | |
| 定点医院 审核意见 | (公章) 年 月 日 | | | 省妇联 审核意见 | (公章) 年 月 日 | | | |
| 省妇儿工 委办公室 审核意见 | (公章) 年 月 日 | | | 省慈善 总会意见 | (公章) 年 月 日 | | | |

说明：1.此表一式两份；
 2.患者必须准确填写个人信息及家庭困难状况；
 3.村委会（社区）核实申请人困难类别，脱贫家庭指原建档立卡贫困家庭；
 4.需提供材料：身份证复印件、低保证（或特困供养证明、建档立卡证明）复印件；
 5.患者须转诊到各定点医院。

省人民医院救助咨询电话：0431-85595188 省肿瘤医院救助咨询电话：0431-85873188