

# 2024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