

2024 年吉林省慈善总会助医项目申请审批表

患者姓名		性 别		年 龄		身份证号	
家庭住址						联系电话	
个人及 家庭情 况自述	本人签字：					病 种	
						困难类别	低保户 () 残疾户 () 脱贫家庭 () 特困供养对象 () 其它 ()
所在村 (社区) 意见	经办人： (公章) 年 月 日		定点医 院意见	(公章) 年 月 日		省慈善 总会 意见	(公章) 年 月 日

说明：1、患者必须准确填写个人信息及家庭经济状况；

2、村委会（社区）负责人对患者家庭经济状况把关后签字盖章；