

2025 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	☐ 宫颈癌 ☐ 乳腺癌
身份证号				家庭住址			
困难类别	☐ 低保户 ☐ 特困供养对象 ☐ 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