

2025 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	县（市） 乡镇（街道） 路（委）			联系电话			
个人及 家庭情 况自述						救 助 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；