湖南省人口健康福利基金会 湖南康爱肿瘤患者服务中心

附件1

“健康湖南·健康人家—计划生育困难家庭  
肿瘤患者医疗救助”项目救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人基本  情况 | 姓 名 |  | 性别 | | |  | | 出生年月 | | |  | 民族 |  |
| 身份证号码 |  | | | | | | 联系电话 | | |  | | |
| 生育子女数 |  | 是否符合政策生育 | | | | | | □符合 □不符合 | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭人均年收入 |  | | | | | | | | | | | |
| 银行账户姓名 |  | | | 银行账号 | | | | |  | | | |
| 开户行及具体支行 |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员情况 | 姓 名 | 出生年月 | | 与本人关系 | | | 工作（学习）单位/职业 | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | | | |
| 类别 | 计划生育特殊家庭（□ ）  计划生育困难家庭（□建档立卡 □低保户 □五保户 □其他类型贫困 ） | | | | | | | | | | | | |
| 家庭困难情况说明（200字以内）    本人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者所在 乡镇（街道）  行政部门或计生协  审核意见 | 请就患者所填写家庭情况进行确认，并就困难情况作简要说明：  负责人签字： (单位盖章)  年 月 日 | | |
| 主要诊断疾病 |  | 医疗总费用 |  |
| 自费金额 |  | 申请救助金额 |  |
| 住院医院  审核意见 | 审核意见：  负责人签字： (单位盖章)  年 月 日 | | |
| 湖南省人口健康  福利基金会审批意见 | 负责人签字： (单位盖章)  年 月 日 | | |

备注：

1.长沙地区联络点：

邵阳地区联络点：

永州地区联络点：

2.患者申报材料包含：

①救助申请表；

②申请人承诺书；

③身份证、银行卡复印件；

④贫困证明复印件（如建档立卡证、低保证、五保证、其他贫困证明等复印件）

⑤诊断证明书、医疗发票、出院记录、医保结算凭证等资料(复印件需加盖医院收费专用章)；

3.请申请人如实填写相关信息，如情况不实则取消救助金申请资格并追究相关法律责任；

4.银行账号信息请填写本人银行账号。