附件2

“千家好孕，助孕湖南”公益全免项目申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  基本情况 | 姓 名 | | |  | 性别 |  | | 出生年月 | |  | | | 民族 |  |
| 身份证号码 | | |  | | | | 电话 | |  | | | | |
| 家庭住址 | | |  | | | | | | | | | | |
| 银行开户名 | | |  | | | 银行账号 | | | |  | | | |
| 开户行及具体支行 | | |  | | | | | | | | | | |
| 补助类型 | | “千家好孕”困境家庭助孕全免 | | | | | | | | | | | | |
| 家庭类型  （符合多项条件者优先补助） | | 低保/低收入家庭□ 残疾家庭□ 失独家庭□  辅助生殖助孕反复失败家庭□ | | | | | | | | | | | | |
| 申请扶助理由说明（200字以内）（申请人户籍所在地街道、村镇盖章证明）  相关证明单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 长沙江湾妇产医院  审核意见 | | | 医疗总费用 | |  | | | | 申请人自付金额 | | |  | | |
| 补助金额 | | | | | |  | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |