“千家好孕，助孕湖南”公益项目补助申请表

附件3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | | | | | | | | |
| 扶助类型 | | □宫腹腔镜手术 □“人工授精”手术扶助 | | | | | | | | | | | |
| □“孕育贡献奖” □造影技术诊断 | | | | | | | | | | | |
| 申请补助理由说明（200字以内）  申请人签名：  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 | | | | | | | | | | | |