

申请人基本信息及申请救助理由

申请人姓名		性别		出生年月日		民族	
家庭成员 情况	姓名	年龄	与申请人关系	身份证号		工作或学习 单位	
家庭经济 状况	户籍性质	A. 农业 B. 非农业		家庭人口总数			
	主要收入 来源						
	家庭年收入				人均年收入		
申请救助 理由	<p style="text-align: center;">申请人或其监护人签名：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>						

### 申请人医疗情况简述

1. 申请人确诊时间：_____年_____月_____日 确诊医院：_____；确诊病名：_____；
2. 目前就治医院：_____，治疗效果：_____；
3. 治疗花费情况：已花费_____；
4. 已治疗及预计治疗时间：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日； 治疗期间预计总共需要多少费用：_____；
5. 申请人是否有医疗保险（须如实填写）？如有，具体报销比例是多少？

### 申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料

1. 身份证明材料：申请人及其监护人户口簿和身份证复印件。如户口簿无法证实监护关系的，须提供申请人出生证明或派出所开具的监护关系证明原件及最新生活照片。
2. 病情证明材料：须提供三级以上且具备出生缺陷疾病诊疗能力的医疗机构或者当地新生儿筛查中心出具的出生缺陷疾病诊断报告单和病情诊断证明（原件或复印件）。
3. 家庭经济贫困证明材料：村（居）委会出具的家庭经济状况证明原件。如属城乡低保、军烈属、残疾人家庭的患者需提供低保证、军烈属证、残疾人证（复印件）或当地民政局证明；孤儿需提供当地民政局或福利院证明；家庭成员患有重大疾病的，需提供医院相应病情诊断证明（复印件）等。
4. 以上证明材料另附，与本申请表一起申报。如需留存请自行复印备份。

### 评审单位意见

项目实施单位或 项目管理单位 初审意见	联系电话：	(单位公章) 负责人签名： 年 月 日
专家评审意见	联系电话：	(项目管理单位公章) 负责人签名： 年 月 日
基金会审核意见	联系电话：	(单位公章) 负责人签名： 年 月 日