

附件1

池州市慈善总会“‘池’善助医·大病济困”项目申请表

患者姓名		年龄		性别		联系电话	
家庭类型	<input type="checkbox"/> 低收入人口 <input type="checkbox"/> 因病致贫对象 备注：根据申请人本人实际情况√选，两种对象认定区分详见通告。						
身份证号码				户籍地址			
确诊病型			总医疗费用（元）			自付金额（元）	
接受政府部门救助或其他机构补偿、资助情况	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，机构名称：_____、_____、_____ 救助金额：_____元、补偿金额：_____元、 资助金额：_____元。						
持卡人姓名		与患者关系		银行开户行		银行卡号	

家庭成员 情况	姓 名	年 龄	与患者关系	职 业	年 收 入（元）
申请理由					
承诺书	<p>本人自愿作出的承诺，保证所提供的以上信息及申报材料全部真实有效，如有违反，自愿全额退回救助资金。</p> <p style="text-align: center;">患者本人（或监护人）签名：</p> <p style="text-align: center;">日期：</p>				
所在地乡镇（街道）意见	<p style="text-align: center;">（盖章）</p> <p style="text-align: right;">日期：</p>				
市慈善总会审批意见	<p>经研究决定，给予一次性救助_____元。</p> <p style="text-align: center;">（盖章）</p> <p style="text-align: right;">日期：</p>				