河北省红十字会心灵回归基金申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | | | | | 性别 | |  | | | 出生  年月 | | |  | | | | | 民族 | |  | |
| 患者身份证号码 |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 监护人身份证号码 |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 户口所在地 |  | | | | | 详细住址 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 联系人电话 | | | | | | | | | | | 工作单位 | | | | |  | | | | | | |
| 确诊医院 |  | | | | | | | | | | 有无医保 | | | | | 居民医保□职工医保□ | | | | | | |
| 家庭年总收入 | 元/年 | | | | | | | | | | 家庭人口 | | | | | 人 | | | | | | |
| 城市低保□农村低保□低收入家庭□其他□ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭经济状况：  申请人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 村委会（社区居委会）等关于贫困证明  单位公章  年 月 日 | | | | | | | | | | 市(或县、区)红十字会意见    单位公章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 诊断：  临床科室负责人签字： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医院项目负责人签字：  年 月 日 | | | | 减免金额 项目办审批  经手人签字    年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注：1.救助金额：个人负担2000元及以上者，在补助2000元基础上其余部分按照40%予以补助，最高不超过5000元。低于2000元或未完成治疗疗程的不予补助。

2. 本表需一式二份，患者填写完毕并盖章后交至定点医院，由定点医院汇总后报保定市红十字会。