**宁波佛教慈善功德会“情暖童心 助力成长”项目**

**助医申请表** 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 | |  | | 别名 |  | | 性别 | | | |  | 民族 | |  | | 出生年月 | | | |  |
| 所属  区县（市） | |  | | | | | 家庭  住址 | | | |  | | | | | | | | | |
| 联 系 人 | |  | | 与联系人关系 | | |  | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 基  本  情  况 | 学校名称及班级 | | |  | | | | | | | 学校地址 | | |  | | | | | | |
| 学校联系人 | |  | | | 联系电话 | |  | | | | | | | 患病时间 | | |  | | |
| 患病情况 | |  | | | | | | | | | | | | 医保报销后费用 | | | 元 | | |
| 是否享受低保：是口 否口 | | | | | 家庭年收入： 元 | | | | | | | 有无其他资助和补贴：有口 无口 | | | | | | | |
| **家 庭 情 况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员  情况 | 关系 | | | 姓名 | | 年龄 | | | 职业 | | | | | | | | | | 健康情况 | |
|  | | |  | |  | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |  | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |  | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |  | | |  | | | | | | | | | |  | |
| 患者银行卡信息 | | 开户行： 银行： 分行： 支行 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 卡号： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请理由（限定在100字内） | | 申请人签字： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
| **所在社区（村）或学校审核意见** | | | | | | | | | | **各区县（市）佛教协会审核意见** | | | | | | | | | | |
| 负责人签名：    联系电话：  （单位公章）  　年 月 日 | | | | | | | | | | 负责人签名：    联系电话：  （单位公章）  　年 月 日 | | | | | | | | | | |
| **宁波佛教慈善功德会救助意见** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经评审， 救助条件， 救助人民币 元整。  负责人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

备注： 1、此表格一式两份，内容必须如实填写，一旦发现弄虚作假，取消救助。

2、申报时需提供资料:患者的身份证或户口本复印件（外来人员提供在本市居住二年以上的居住证明复印件）、医院诊断证明复印件、治疗期间缴费票据复印件、患者银行卡复印件等。

3、宁波佛教慈善功德会地址：宁波市海曙区解放南路12号，联系电话：0574-87322873