**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