

## “重德骨病救助”项目资助申请表

申请人姓名：\_\_\_\_\_性别：\_\_\_\_\_出生日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

身份证号码：\_\_\_\_\_

亲属姓名：\_\_\_\_\_与申请人关系：\_\_\_\_\_

本人电话：\_\_\_\_\_亲属电话：\_\_\_\_\_

户籍所在地：\_\_\_\_\_省（市、区）\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_县\_\_\_\_\_乡（镇）\_\_\_\_\_村

通讯地址：\_\_\_\_\_省（市、区）\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_县\_\_\_\_\_乡（镇）\_\_\_\_\_村

邮 编：\_\_\_\_\_

申请人（亲属）签字：

申请日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日



## 申报须知

1. 本申请表由陕西省红十字基金会（简称省红基会）根据印制并负责解释。
2. 该项目申请对象为陕西省辖区范围内罹患骨病（骨关节病和脊柱疾病）的贫困患者。
3. 本申请表由申请人或申请人亲属负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。
4. 申请人需提供材料：残疾证或低保证复印件，无证件的需持村镇或居委会开具的贫困证明等。
5. 本申请表的递交并不代表可以获得救助，申请资料一经递交不予退回。
6. “重德骨病救助”项目为一次性救助。
7. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，省红基会保留依法追索救助款的权利。
8. 获得救助的申请人及亲属有责任和义务为配合重德骨病救助项目办公室宣传提供必要的文字、照片、影像等资料，并同意使用申请人照片、影像等资料。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定。

申请人（亲属）签名：



### 申请救助患者医疗情况简述

1. 确诊时间：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日；
2. 确诊医院：\_\_\_\_\_；
3. 治愈预计需要费用（元）：\_\_\_\_\_。

### 申请救助患者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（指未成年申请人）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。贫困证明。如是见义勇为个人，需提供见义勇为表彰材料、相关媒体报道。
2. 病情证明材料：
  - （1）诊断证明原件；
  - （2）住院病案首页（加盖红色病历复印章）；
3. 手术票据：经医保、农合、政府救助结算票据材料。
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。

省红基会  
审批意见

负责人签名：

联系电话：

（单位公章）  
年 月 日



## 家庭贫困证明

兹有我村(镇)(居委会等)\_\_\_\_\_因患\_\_\_\_\_病，家庭条件困难（比如家庭成员是否有残疾、重大医疗开支，经济收入单一）。确属贫困家庭，特此证明。

×××村(镇)人民政府(公章)或×××居委会等(公章)

××年××月××日



以下由定点医院医生填写、审验									
申请救助患者姓名		性别		年龄		联系电话			
病情诊断					治疗费用构成及金额				
			床位		化验		西药		特材
责任人签章	首诊医生		诊查		治疗		中成		特需
	科主任		护理		手术		中草		其他
	主管院长		检查		血费		调温		合计
以下由定点医院及患者本人共同填写、签章									
医保报销		合疗报销							
大病报销		政府救助							
基金会救助		其他渠道救助							
声明：本救助项目采取绝对自愿原则，医疗方面责任由医患双方按国家相关规定处理。									
患者签章：	医院签章：		备注：得到救助的申请人有责任和义务配合省红基会重德骨病救助项目办公室进行公益宣传和采访活动，并同意使用经技术处理后的照片、影像资料。						
年 月 日	年 月 日								

