

上海市儿童医院困难家庭患儿补助申请表

（ 专项基金 ）

患者姓名		性别		出生年月		照片 粘 贴 处
患者身份证号						
所在科室				门诊号 住院号		
诊断意见				治疗总费用		
居住地址				联系电话		
户籍所在地	市（省）		区（县）		街道（村）	
父亲姓名		工作单位			月收入	
母亲姓名		工作单位			月收入	
申请理由						
承 诺	<p>本人承诺：</p> <p>（1）因公益透明度、募款宣传和监督需要，同意积极配合项目的各类宣传活动。</p> <p>（2）同意并授权医院将患者病历等相关文件提供给捐赠方、捐赠方聘用的机构，以供其了解病情、治疗及康复状况。</p> <p>（3）本申请表中提供的所有信息全部属实，若有虚假信息，将全额退还救助款。</p> <p style="text-align: right;">监护人签名： _____</p>					
申请科室意见				基金管理部门意见		
负责人签字/盖章				负责人签字/盖章		
年 月 日				年 月 日		

申请基金所需材料

- 1、家庭情况证明（可参考后附样张）
- 2、家长双方身份证复印件、户口本复印件
- 3、患儿出生证明/户口本复印件
- 4、患儿 1 寸照片（家庭自行贴申请表上）
- 5、疾病诊断证明
- 6、家庭情况的自我陈述
- 7、患儿住院发票复印件（家长空白处签字）
- 8、出院小结
- 9、银行卡复印件，监护人身份证与银行卡复印在一张纸上
（特别注意：号码清晰，必须注明开户支行名，如 XX 银行 XX 支行）

家庭情况证明

兹有_____ (患儿姓名)，身份证号_____，家庭住址
_____ 为我辖区居民，患有
_____ (疾病名称)，因治疗费用较高，家庭经济条件不佳，
无力承担全部治疗费用。_____

_____ (请概括家庭基本情况)

村委会/居委会

盖 章

日 期

负责人签字：

联系电话（必填）：

乡镇政府/街道办事处

盖 章

日 期

负责人签字：

联系电话（必填）：

家庭情况证明

兹有我社区（村委会）居民（村民）_____（患儿监护人姓名），身份证号_____，家庭人口共__人，其子/女_____（患儿姓名），身份证号_____，患有_____（疾病名称），已在_____医院接受治疗。因孩子治疗费用支出高，家庭经济负担重，基本生活出现困难。

以上所述属实，特此证明。

村委会/居委会

盖 章

日 期

乡镇政府/街道办事处

盖 章

日 期

负责人签字：

联系电话（必填）：

负责人签字：

联系电话（必填）：