

新乡市红十字会“人道关爱基金” 救助申请表

申请日期：

申请人 (患者) 姓名		性别		年龄	民族	照片
身份证				联系电话		
家庭地址						
家庭 主要 成员	姓名	年龄	与申请人关系	身份证号	职业	联系电话
家庭状 况及困 难原因	(主要包括家庭基本情况、家庭收入及困难情况、申请理由。)					
市红十字 会赈 济部审 核意见						
						年 月 日

需要提供的材料：1、申请人的身份证和户口本原件及复印件；2、相关资料：包括县以上（含县级）医院大病诊断证明（原件并加盖诊断证明专用章）、病案首页（加盖病案复印专用章）和住院发票复印件（个人支付费用需超过救助金额）；3、申请人（患者）银行卡复印件。